

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN PENDERITA
HIPERTENSI DALAM MENJALANKAN DIET HIPERTENSI DI DESA LASIAI
KECAMATAN SINJAI TIMUR KABUPATEN SINJAI**



Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar Sarjana
Keperawatan Pada Fakultas Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

OLEH
SITI RUKMANA
70300108080

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN
MAKASSAR

2012

MOTO

إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا ﴿٦﴾

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan(Qs: (94:6).

Kemauan, keberanian dan doa adalah modal utama untuk meraih sukses.

Harapan dan keinginan orang tua adalah sasaran perjuanganku

Kasih sayang dan doa restu orang tua adalah penerang masa depanku

Butir kata dan nasehat orang tua adalah tuntunan keberhasilanku

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Dengan penuh kesadaran, penyusun yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa skripsi ini benar adalah hasil karya penyusun sendiri. Jika di kemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka skripsi ini dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.



Makassar, Agustus 2012

Penyusun

Siti Rukmana

NIM 70300108080

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas berkat dan hidayah-Nya sehingga skripsi ini dengan judul : “Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Penderita Hipertensi dalam Menjalankan Diet Hipertensi di Desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai ” dapat terselesaikan sesuai dengan jadwal.

Skripsi ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat guna menempuh ujian akhir pada pendidikan Strata satu (S1) Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati melalui kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tinggi kepada :

1. Prof. Dr. H.A.Qadir Gasing HT.,M.S selaku Rektor Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar
2. Dr.dr.H.Rasjidin Abdullah, MPH.,MH.Kes. selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
3. Nur Hidayah, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku Ketua Prodi Jurusan Keperawatan
4. Hasnah,S.Sit.,S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku Pembimbing I dan Nuurhidayat Jafar, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku Pembimbing II yang memberikan motivasi dan dorongan serta meluangkan waktunya untuk membimbing penulis sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan
5. Nur Hidayah, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku Penguji I dan Drs. Supardin, M.Hi. selaku Penguji II yang telah memberikan kritik dan saran yang bersifat membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

6. Kepala Desa Lasiai yang telah memberikan izin kepada penulis untuk meneliti di Desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai dalam rangka penyusunan skripsi
7. Kepala Puskesmas Pembantu Desa Lasiai yang telah membantu penulis dalam melakukan penelitian
8. Para Pembantu Dekan dan Segenap dosen serta staf Program Studi Keperawatan yang telah memberi bantuan dan bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan
9. Ayahanda Djamaluddin dan Ibunda Gustiani tercinta atas segala pengorbanan yang tidak terkira, telah memberikan dukungan moril dan materil serta doa yang tulus sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan ini
10. Kakakku Rahmat, S.Pd. dan adik-adikku Ahmad Zulfikar dan Nur Ramdania yang sangat kucintai dan kusayangi yang telah memberiku motivasi dan doa restu
11. Tante Ida, sepupu-sepupuku Kak Yuni, Asma, Jusrang, Zakiah, Nia dan segenap keluarga besarku yang tidak sempat ku sebut namanya yang telah banyak membantu penulis dalam penyusunan skripsi ini
12. Sahabat-sahabatku selama kuliah Wiwik Andriani, Wahyuni, Maesarah Rosyadi, S.Kep dan Muh. Abduh Damis S.Kep serta teman-teman Keperawatan Angkatan 2008 yang tidak sempat ku sebut namanya yang telah banyak membantu dan memberi motivasi selama penulis kuliah.
13. Ayu Rahmadani, Farah Aulia, dan Ahmad teman seperjuanganku dalam mengikuti bimbingan dan telah membantu dan memberi dorongan dalam penyusunan skripsi ini.
14. Teman-teman KKN Wiwi, Lina, Dira, Fathul, Ardi, dan Fajar, serta seluruh pihak tan tidak sempat dituliskan satu persatu yang telah banyak membantu dan memberi motivasi.

Penulis mengakui bahwa banyak kekurangan dan keterbatasan dalam penulisan ini, oleh karenanya kritik dan saran untuk kesempurnaan Skripsi ini sangat di harapkan. Penulis berharap semoga Skripsi ini dapat bermanfaat, baik itu bagi Penulis pribadi, Dunia Keperawatan, Dunia Pendidikan dan masyarakat pada umumnya. Amin.
Wabillahi taufiq walhidayah wassalamu alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Makassar, Agustus 2012

Penulis



ABSTRAK

Nama : Siti Rukmana

Nim : 70300108080

Judul Skripsi : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Penderita Hipertensi dalam Menjalankan Diet Hipertensi di Desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai

Data yang diperoleh dari Puskesmas Pembantu Desa Lasiai diperoleh jumlah pasien hipertensi pada tahun 2011 sebanyak 203 orang dari 2.236 penduduk. Sebagian dari kasus tersebut merupakan kejadian hipertensi berulang dan berdasarkan hasil wawancara dengan petugas Pustu Desa Lasiai diperoleh gambaran bahwa penyebab hipertensi berulang karena ketidakpatuhan dalam menjalankan diet. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan diet hipertensi di Desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai.

Rancangan yang digunakan peneliti adalah penelitian analitis dan deskriptif dengan desain penelitian *cross sectional*. Dengan jumlah populasi sebanyak 203 orang dan sampel sebanyak 67 responden yang diperoleh dengan menggunakan teknik *systematic sampling*. Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner.

Hasil analisa uji *Chisquare* didapatkan tidak ada hubungan antara pelayanan kesehatan dengan kepatuhan diet hipertensi dengan $\rho_{hitung} = 0,693$ dimana $\rho_{tabel} \leq 0,05$. Ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet hipertensi dengan $\rho_{hitung} = 0,038$ dimana $\rho_{tabel} \leq 0,05$. Ada hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan kepatuhan diet hipertensi dengan $\rho_{hitung} = 0,018$ dimana $\rho_{tabel} \leq 0,05$. Saran untuk peneliti selanjutnya yaitu dengan menggunakan metode observasi dan memperhatikan faktor-faktor penentu kepatuhan untuk menghindari faktor bias dari penelitian.

M A K A S S A R

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemajuan teknologi yang mengubah gaya hidup dan sosial ekonomi masyarakat di negara maju maupun negara berkembang telah menyebabkan transisi epidemiologi sehingga mengakibatkan munculnya berbagai penyakit tidak menular. Penyakit tidak menular di dunia telah menyumbang 3 juta kematian pada tahun 2005 dimana 60 persen kematian diantaranya terjadi pada penduduk berumur 70 tahun (Depkes RI, 2006).

Hipertensi adalah salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan masyarakat yang umum di negara berkembang. Hipertensi yang tidak segera ditangani berdampak pada munculnya penyakit degeneratif, seperti penyakit jantung (*Congestif Heart Failure – CHF*), gagal ginjal (*end stage renal disease*), dan penyakit pembuluh darah perifer (Doengoes, 2000).

Peningkatan prevalensi penyakit hipertensi setiap tahunnya menjadi masalah utama bagi negara maju dan berkembang. Prevalensi hipertensi berdasarkan data statistik *Heart Disease and Stroke* pada tahun 2006 di Amerika Serikat sekitar 74,5 juta dimana penderita laki-laki sebesar 35,7 juta dan perempuan 38,8 juta (AHA, 2010).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 yang dilakukan di Indonesia menunjukkan bahwa proporsi penyebab kematian tertinggi adalah Penyakit Tidak Menular (PTM) yaitu penyakit kardiovaskuler sejumlah 31,9 persen termasuk hipertensi 6,8 persen dan stroke 15,4 persen. Prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran pada kasus yang sedang minum obat secara nasional sejumlah 32,2 persen. Prevalensi tertinggi ditemukan di Provinsi Kalimantan Selatan sejumlah 39,6 persen dan terendah di Papua Barat sejumlah 20,1 persen, sedangkan di Provinsi Sulawesi Selatan sejumlah 29,0 persen. Prevalensi hipertensi nasional berdasarkan pengukuran saja adalah 28,3 persen. Provinsi dengan prevalensi tertinggi tetap Kalimantan Selatan sejumlah 35,0 persen, yang terendah juga tetap Papua Barat sejumlah 17,6 persen sedangkan prevalensi di Provinsi Sulawesi Selatan sejumlah 26,7 persen (Rahajeng & Tuminah, 2009).

Laporan WHO pada tahun 2003, kepatuhan rata-rata pasien pada terapi jangka panjang terhadap penyakit kronis di negara maju hanya sebesar 50 persen, sedangkan di negara berkembang jumlah tersebut bahkan lebih rendah. Kepatuhan pasien sangat diperlukan untuk mencapai keberhasilan terapi utamanya pada terapi penyakit tidak menular misalnya: diabetes, hipertensi, asma, kanker, gangguan mental, penyakit infeksi HIV/AIDS dan tuberkulosis. Adanya ketidakpatuhan pasien pada terapi penyakit ini khususnya penyakit hipertensi dapat memberikan efek negatif yang sangat besar karena presentase kasus penyakit tidak menular di dunia mencapai 54

persen dari seluruh penyakit pada tahun 2001. Angka ini bahkan diperkirakan akan meningkat menjadi 65 persen pada tahun 2020.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh BPOM RI 2006 tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan terdiri atas lima dimensi yang saling terkait, yaitu faktor pasien, faktor terapi, faktor sistem kesehatan, faktor lingkungan dan faktor sosial ekonomi. Dalam menyelesaikan masalah ketidakpatuhan pasien, tidak sepenuhnya semua masalah ada pada pasien sehingga intervensi hanya dilakukan pada sisi pasien namun diperlukan juga adanya pembenahan pada sistem kesehatan dan petugas pelayanan kesehatan (BPOM RI,2006).

Terapi hipertensi selain bisa dilakukan dengan menggunakan obat dapat juga dilakukan dengan terapi tanpa menggunakan obat yaitu kepatuhan dalam menjalankan diet, menurunkan kegemukan, rajin olah raga, mengurangi konsumsi garam, diet rendah lemak, rendah kolesterol, tidak merokok, tidak konsumsi alkohol, kurangi makanan yang mengandung kalium tinggi, batasi kafein, hindari stress, kontrol tekanan darah secara teratur (Lowrence,2002).

Penatalaksanaan diet hipertensi pasien mempunyai peranan penting, karena hipertensi merupakan penanganan secara mandiri. Pasien disini harus memiliki pengetahuan keterampilan dan kepatuhan untuk dapat menyesuaikan penatalaksanaan hipertensi dalam kehidupan sehari-hari (Gunawan, 2001). Peran perawat sebagai bagian keperawatan komunitas

memiliki peranan untuk melakukan tindakan promotif dan preventif dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan guna mencegah terjadinya penyakit hipertensi di masyarakat.

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sinjai menunjukkan jumlah penderita hipertensi di Kabupaten Sinjai pada tahun 2011 sebanyak 7.468 orang dari 228.936 penduduk. Pada Puskesmas Pembantu (Pustu) Desa Saukang Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai diperoleh jumlah penderita hipertensi pada tahun 2011 sebanyak 68 orang dari 2.494 penduduk sedangkan pada Pustu Desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur diperoleh jumlah pasien hipertensi pada tahun 2011 sebanyak 203 orang dari 2.236 penduduk. Data di atas menunjukkan bahwa jumlah penderita hipertensi di Desa Lasiai sangat besar jumlahnya dan sebagian dari kasus tersebut merupakan kejadian hipertensi berulang. Hasil wawancara dengan dengan petugas Pustu Desa Lasiai diperoleh gambaran penyebab kasus berulang adalah ketidakpatuhan pasien terhadap diet hipertensi hal yang perlu digaris bawahi adalah timbulnya masalah ketidakpatuhan dalam menjalankan diet hipertensi.

B. Rumusan Masalah

Penderita hipertensi semakin banyak di masyarakat, kepatuhan jangka panjang merupakan salah satu faktor utama dalam pengelolaan hipertensi. Untuk dapat merubah perilaku dalam pengelolaan diet hipertensi diperlukan dukungan dari berbagai pihak dan keinginan yang cukup kuat. Data yang diperoleh dari Puskesmas Pembantu Desa Lasiai diperoleh

jumlah pasien hipertensi pada tahun 2011 sebanyak 203 orang dari 2.236 penduduk. Sebagian dari kasus tersebut merupakan kejadian hipertensi berulang dan berdasarkan hasil wawancara dengan petugas Pustu Desa Lasiai diperoleh gambaran bahwa penyebab hipertensi berulang karena ketidakpatuhan dalam menjalankan diet.

Dari latar belakang diatas, permasalahan yang dapat dirumuskan dalam penelitian ini adalah : “ Apakah faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan diet hipertensi ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Diketahuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan diet hipertensi di Desa Lasiai Kec. Sinjai Timur Kab. Sinjai.

2. Tujuan khusus :

- a. Diketahuinya hubungan antara pelayanan kesehatan dengan kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan diet hipertensi di Desa Lasiai Kec. Sinjai Timur Kab. Sinjai.
- b. Diketahuinya hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan diet hipertensi di Desa Lasiai Kec. Sinjai Timur Kab. Sinjai.
- c. Diketahuinya hubungan antara status ekonomi dengan kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan diet hipertensi di Desa Lasiai Kec. Sinjai Timur Kab. Sinjai.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Penderita Hipertensi

Hasil penelitian ini digunakan sebagai bahan masukan dalam rangka meningkatkan kepatuhan dalam menjalankan diet hipertensi.

2. Bagi Masyarakat atau Keluarga

Menambah informasi bagi masyarakat khususnya keluarga supaya memberikan dukungan kepada penderita hipertensi agar lebih patuh dalam menjalankan diet hipertensi.

3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman peneliti dalam mengaplikasikan pengetahuan yang diperoleh di bangku kuliah dan hasil penelitian ini dapat menjadi acuan untuk penelitian selanjutnya.

4. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi institusi pendidikan dalam mengembangkan program keperawatan terhadap cara mencegah dan mengobati hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Hipertensi

1. Pengertian

Hipertensi adalah tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg, atau bila pasien memakai obat antihipertensi (Mansjoer, 2001). Penyakit ini termasuk penyebab gangguan jantung dan pembuluh darah (Widjaja, 2009).

2. Klasifikasi

Klasifikasi tekanan darah untuk usia 18 tahun atau lebih berdasarkan JNC VII, 2003 menurut Mardjono (2007) yaitu :

a. Normal

Tekanan darah dikatakan normal apabila tekanan sistolik kurang dari 120 mmHg dan tekanan diastolik kurang dari 80 mmHg.

b. Prehipertensi

Prehipertensi apabila tekanan sistolik 120 sampai 139 mmHg dan tekanan diastolik 80 sampai 89 mmHg.

c. Hipertensi tingkat 1

Hipertensi tingkat satu terjadi apabila tekanan sistolik mencapai 140 hingga 159 mmHg dan tekanan diastolik 90 sampai 99 mmHg.

d. Hipertensi tingkat 2

Hipertensi tingkat dua terjadi apabila tekanan sistolik telah mencapai 160 mmHg atau lebih dan tekanan diastolik 100 mmHg atau lebih.

3. Etiologi

Hipertensi berdasarkan penyebabnya, dibagi menjadi dua jenis menurut (Mardiana,2010) :

- a. Hipertensi primer atau esensial adalah hipertensi tidak atau belum diketahui penyebabnya (terdapat pada kurang lebih 90% dari seluruh hipertensi).
- b. Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang disebabkan atau sebagai akibat dari adanya penyakit lain.

Hipertensi primer kemungkinan memiliki banyak penyebab. Beberapa perubahan pada jantung dan pembuluh darah, kemungkinan bersama-sama menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Jika penyebabnya diketahui maka disebut hipertensi sekunder. Pada sekitar 5-10% penderita hipertensi, penyebabnya adalah penyakit ginjal. Pada sekitar 1-2%, penyebabnya adalah kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu misalnya pil KB.

Penyebab hipertensi lainnya yang jarang feokromositoma, yaitu tumor pada kelenjar adrenal yang menghasilkan hormon epinefrin (adrenalin) atau norepinefrin (noradrenalin). Kegemukan (obesitas), gaya hidup yang tidak aktif (malas berolahraga), stress, alkohol atau garam dalam makanan, bisa memicu terjadinya hipertensi

pada orang-orang memiliki kepekaan yang diturunkan. Stress cenderung menyebabkan kenaikan tekanan darah untuk sementara waktu. Jika stress telah berlalu maka tekanan darah biasanya akan kembali normal.

Beberapa penyebab terjadinya hipertensi sekunder :

1. Penyakit ginjal terdiri dari : *Stenosis arteri renalis*, *Pielonefritis*, *Glomerulonefritis*, Tumor-tumor ginjal, Penyakit ginjal polikista (biasanya diturunkan), Terapi penyinaran yang mengenai ginjal.
2. Kelainan hormonal terdiri dari : *Hiperaldosteronisme*, Sindrom *Cushing*, *Feokromositoma*.
3. Obat-obatan terdiri dari : Pil KB, Kortikosteroid, *Siklosporin*, *Eritropoietin*, *Kokain*, Penyalahgunaan alkohol, Kayu manis (dalam jumlah sangat besar).
4. Penyebab lainnya yaitu : *Koartasio aorta*, Preeklamsi pada kehamilan, *Porfiria intermiten* akut, Keracunan timbal akut.

4. Tanda dan Gejala

Pada pemeriksaan fisik, mungkin tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat (kumpulan cairan) , penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil atau edema pada diskus optikus (Brunner,2002). Penderita hipertensi primer yang sederhana pada umumnya tidak disertai gejala. Penderita hipertensi sekunder dapat disertai gejala suatu penyakit. Penderita feokromositoma, dan hipotensi

ortostatik. Pada aldosteronemia primer yang mungkin terjadi adalah gejala hipokalemia keram otot dan kelelahan. Penderita hipertensi sekunder pada sindrom *Cushing* dapat terjadi peningkatan berat badan, poliuria, edema, ireguler menstruasi, jerawat, atau kelelahan otot (Sukandar, 2009).

Jika hipertensi berat atau menahun dan tidak diobati maka dapat menimbulkan gejala sebagai berikut : Sakit kepala, Kelelahan, Mual, Muntah, Sesak napas, Gelisah, Pandangan menjadi kabur yang terjadi karena adanya kerusakan otak, mata, jantung, dan ginjal (Mardiana, 2010).

5. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuro preganglion melepaskan asetilkolin, yang merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatik merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, yang menyebabkan peningkatan intravaskuler. Semua faktor tersebut mencetuskan kejadian hipertensi (Brunner,2002).

6. Manifestasi klinis

Pada tahap awal, seperti hipertensi pada umumnya kebanyakan pasien tidak ada keluhan menurut Sudoyo (2006). Bila simptomatik, maka biasanya disebabkan oleh:

- a. Peninggian tekanan darah itu sendiri, seperti berdebar debar, rasa melayang (*dizzy*) dan impoten.
- b. Penyakit jantung/hipertensi vaskular seperti cepat capek, sesak napas, sakit dada (iskemia miokard atau diseksi aorta), bengkak kedua kaki atau perut. Gangguan vaskular lainnya adalah epistaksis, hematuria,

pandangan kabur karena perdarahan retina, *transient serebral ischemic*.

- c. Penyakit dasar seperti pada hipertensi sekunder : polidipsia, poliuria, dan kelemahan otot pada aldosteronisme primer, peningkatan BB dengan emosi yang labil pada sindrom cushing. Foekromositoma dapat muncul dengan keluhan episode sakit kepala, palpitasi, banyak keringat dan rasa melayang saat berdiri (*postural dizzy*).

7. Komplikasi

Hipertensi berpengaruh terhadap seluruh bagian tubuh, namun yang terpenting adalah jantung, pembuluh darah, ginjal, otak dan mata. Adapun komplikasi yang mungkin timbul tergantung berapa tinggi tekanan darah, berapa lama telah diderita, adanya faktor-faktor resiko lain, dan bagaimana keadaan tersebut dikelola dan ditangani (Soeharto,2004).

a. Jantung

Hipertensi atau tekanan darah tinggi dapat menyebabkan gagal jantung dan penyakit jantung koroner (PJK). Pada hipertensi, beban kerja jantung akan meningkat, otot jantung akan menyesuaikan sehingga terjadi pembesaran jantung dan semakin lama otot jantung akan mengendor dan berkurang elastisitasnya yang disebut dekompensasi. Akibat dekompensasi jantung tidak mampu lagi memompa dan menampung darah dari paru sehingga banyak cairan tertahan di paru maupaun di jaringan tubuh lain yang dapat

menyebabkan sesak nafas atau oedema, kondisi ini disebut gagal jantung.

b. Otak

Komplikasi hipertensi pada otak dapat menimbulkan resiko stroke, yaitu terganggunya aliran darah di pembuluh arteri yang menuju ke otak. Pembuluh arteri dan cabang-cabangnya menyuplai darah ke otak. Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan saluran arteri di otak pecah dan terjadi penumpahan darah ke otak. Kejadian ini disebut stroke jenis hemoragi.

c. Ginjal

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan kerusakan ginjal karena tekanan darah terlalu tinggi dapat menyebabkan kerusakan sistem penyaringan di dalam ginjal, akibatnya lambat laun ginjal tidak dapat membuang zat-zat yang tidak dibutuhkan tubuh yang masuk melalui aliran darah dan terjadi penumpukan dalam tubuh.

d. Mata

Salah satu target organ hipertensi adalah mata. Retina dan pembuluh darah mudah dipengaruhi hipertensi. Hipertensi ringan dan sedang yang berlangsung lama pada penderita umur muda, dapat mempercepat timbulnya sklerosis pembuluh darah halus. Hipertensi berat dan maligna akan menimbulkan kelainan retina yang disebut retinopati. Retinopati ditandai dengan terlihatnya sembab retina dan perdarahan retina

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium rutin yang dilakukan sebelum memulai terapi bertujuan menentukan adanya kerusakan organ dan faktor resiko lain atau mencari penyebab hipertensi. Biasanya diperiksa urinalisa, dara perifer lengkap, kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah, puasa, kolesterol total, kolesterol HDL, dan EKG).

Sebagai tambahan dapat dilakukan pemeriksaan lain, seperti : Klirens kreatinin, protein urin 24 jam, asam urat, kolesterol LDL, TSH, dan ekokardiografi (Mansjoer, 2001).

9. Penatalaksanaan

Penderita prehipertensi dan hipertensi sebaiknya dianjurkan untuk memodifikasi gaya hidup seperti menurunkan kegemukan, asupan garam (total < 5 g/hari), asupan lemak jenuh dan alkohol (pria < 21 unit dan perempuan < 14 unit per minggu), banyak makan buah dan sayuran (setidaknya 7 porsi/hari), tidak merokok dan berolah raga teratur. Semua itu terbukti dapat merendahkan tekanan darah dan menurunkan penggunaan obat-obatan (Huon, 2003).

Penderita yang didiagnosis hipertensi tahap 1 atau 2 sebaiknya ditempatkan pada terapi modifikasi gaya hidup dan terapi obat secara bersamaan (Sukandar, 2009).

B. Diet Hipertensi

1. Tinjauan umum diet hipertensi

Orang yang menderita hipertensi atau memiliki resiko terkena hipertensi sudah saatnya melakukan pencegahan sedini mungkin. Makanan merupakan salah satu faktor yang menjadi pemicu munculnya penyakit hipertensi oleh sebab itu diperlukan pengaturan menu makanan. Pengaturan makanan yang dimaksud adalah menerapkan diet rendah garam meliputi diet ringan yang mengkonsumsi garam dengan dosis 3,75-7,5 gram setiap hari, kemudian diet garam menengah dengan dosis 1,25-3,75 gram setiap hari, dan terakhir diet garam berat dengan dosis kurang dari 1,25 gram setiap hari. Diet kadar garam ini diikuti juga dengan diet rendah kolesterol dan lemak kemudian diet tinggi serat serta diet rendah energy (Ridwan,2009).

1. Jenis Makanan yang Boleh dikonsumsi

Bahan makanan yang boleh dikonsumsi dan bahan makanan yang harus dihindari

Zat Makanan	Diperbolehkan	Dihindarkan
Karbohidrat	Nasi, kentang, bihun, sun, tepung beras, terigu, maizena, hunkwee, ubi dan singkong	Biskuit, crackers, cornflakes, ceral, keripik, kentang, jagung, sup instan, dan kue kering
Protein Hewani	Daging, ayam, ikan, telur, susu : 1 gelas sehari	Sosis, daging asap, ham, bacon,

		kornet, sarden, ikan asin, akan pindang, ikan asap, keju, otak, ginjal, telur asin, abon, ebi
Protein nabati	Tahu, tempe, kacang hijau, kacang kedelai, kacang tolo, kacang tanah, kacang kapri, dan kacang lain yang segar.	Keju kacang tanah, kacang asin, tauco, tahu asin
Lemak	Santan encer, minyak, mentega tanpa garam	Salad dressing, mentega, margarine, lemak hewan
Sayuran	Semua sayuran segar	Sayuran yang diawet, sawi asin, acar, asinan, sayuran dalam kaleng
Buah-buahan	Semua buah-buahan segar	Buah yang diawet menggunakan zat pengawet, buah

		kering, buah kaleng
Bumbu	Semua bumbu dapur	Garam dapur, MSG, kecap, saus tomat botol, saus cabai, maggi, pengempuk daging, terasi, soda kue, petis, saus tiram
Minuman	Teh , kopi encer	Cokelat, cafein, alkohol

Sumber : Data Soenardi dan Soetardjo,2009 dalam Ridwan, 2009

2. Jenis Makanan yang tidak Boleh dikonsumsi

Bahan makanan yang harus dihindari oleh penderita hipertensi

No	Jenis Makanan	Contoh
1	Makanan berkadar lemak jenuh tinggi	Otak, ginjal, paru, minyak kelapa, gajih
2	Makanan olahan menggunakan garam natrium	Biscuit, craker, keripik, dan makanan kering yang asin
3	Makanan dan minuman dalam kaleng	Sarden, sosis, korned, sayuran, serta buah-buahan dalam kaleng,

		serta soft drink
4	Makanan yang diawetkan	Dendeng, asinan sayur/buah, abon, ikan asin, pindang, udang kering, telur asin, dan selai kacang
5	Susu full cream	Mentega, margarine, keju, mayyonaise, daging merah (sapi/kambing), kuning telur dan kulit ayam
6	Bumbu masakan	Kecao, terasi, saus tomat, saus sambal, dan tauco serta bumbu penyedap lainnya yang mengandung garam natrium
7	Alkohol	Durian dan tape merupakan makanan yang mengandung alkohol.

Sumber : Kurniawan A,2002 dalam Ridwan,2009

3. Contoh Menu Sehat untuk Hipertensi

Contoh menu diet yang dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari

Bahan Makanan	Berat (gram)	Ukuran Rumah Tangga
Nasi	250	1 ³ / ₄
Roti Tawar	80	2 iris

Telur Ayam	60	1 butir
Daging Sapi	50	1 potong sedang
Daging Ayam	50	1 potong sedang
Tahu	200	2 buah
Sayuran	500	5 gelas
Buah	200	2 potong sedang
Minyak	30	2 sendok makan

(Sistawati,2000 dalam Ridwan,2009)

Contoh menu makanan yang dapat dipilih tersusun sebagai berikut :

Pagi	Siang	Sore
Roti isi	Nasi	Nasi
Teh tawar atau air putih	Sup Ayam	Tumis Daging
Jam 10.00	Apel	Sayur Campur
Rujak Koktail	Pukul 16.00	Pangsit + Kuah Jeruk
	Selada Buah	

Alternatif menu makanan lainnya :

Pagi	Siang	Malam
Nasi berat 100 gram ($\frac{3}{4}$ gelas)	Nasi 140 gram (1 gelas)	Nasi 100 gram
Telur 50 gram (1 butir)	Daging 75 gram (1	Daging 75 gram

	potong besar)	
Sayuran 100 gram (1 gelas)	Tempe 50 gram (2 potong)	Tempe 50 gram
Minyak 5 gram ($\frac{1}{2}$ sendok)	Minyak 5 gram	Buah 100 gram
Pukul 10.00	Pukul 16.00	Minyak 5 gram
Buah 100 gram	Buah 100 gram	

2. Tinjauan islam tentang diet

Allah Swt telah berfirman dalam Al-Qur'an surah Al A'raf(7):31:

﴿يَبْنَىٰ آدَمَ خُذُوا زِينَتَكُمْ عِنْدَ كُلِّ مَسْجِدٍ وَكُلُوا وَشَرِبُوا وَلَا تُسْرِفُوا ۚ إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ﴾

Terjemahnya:

Hai anak Adam, pakailah pakaianmu yang indah di setiap (memasuki) mesjid. Makan dan minumlah, dan janganlah berlebih-lebihan. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang berlebih-lebihan (Depag RI).

Ayat lalu menjelaskan bahwa Allah SWT memerintahkan Al-Qisth dan meluruskan wajah di setiap mesjid. Ayat ini mengajak:” Hai anak-anak Adam, pakailah pakaian kamu yang indah minimal dalam bentuk menutup aurat karena membukanya pasti buruk. Lakukan itu di setiap memasuki dan berada di mesjid, baik mesjid dalam arti bangunan khusus maupun dalam pengertian yang luas, yakni persada bumi ini, dan makanlah makanan yang halal, enak, bermanfaat lagi bergizi, berdampak baik serta minumlah apa saja yang kamu sukai selama tidak

memabukkan tidak juga mengganggu kesehatan kamu. Dan janganlah berlebih-lebihan dalam segala hal, baik dalam beribadah dengan menambah cara atau kadarnya demikian juga dalam hal makan dan minum atau apa saja, karena sesungguhnya Allah tidak menyukai, yakni tidak melimpahkan rahmat dan ganjaran bagi orang-orang yang berlebih-lebihan dalam hal apapun.

Sementara ulama menyatakan bahwa ayat ini turun ketika beberapa orang sahabat Nabi saw. Bermaksud meniru kelompok al-Hummas, yakni kelompok suku Quraisy dan keturunannya yang sangat mengebu-gebu semangat beragamanya sehingga enggan berthawaf kecuali memakai pakaian baru yang belum pernah dipakai melakukan dosa serta sangat ketat memilih makanan serta kadarnya ketika melaksanakan ibadah haji. Sementara sahabat Nabi saw. Berkata: “kita lebih wajar melakukan hal demikian daripada al-humas.” Nah, ayat di atas turun menegur dan memberi petunjuk bagaimana yang seharusnya dilakukan.

Penggalan akhir ayat ini merupakan salah satu prinsip yang diletakkan agama menyangkut kesehatan dan diakui pula oleh para ilmuwan terlepas apa pun pandangan hidup atau agama mereka.

Perintah makan dan minum, lagi tidak berlebih-lebihan, yakni tidak melampaui batas, merupakan tuntunan yang harus disesuaikan dengan kondisi setiap orang. Ini karena kadar tertentu yang dinilai cukup untuk seseorang, boleh jadi telah dinilai melampaui batas atau belum

cukup buat orang lain. Atas dasar itu, kita dapat berkata bahwa penggalan ayat tersebut mengajarkan sikap proporsional dalam makan dan minum.

Dalam konteks berlebih-lebihan ditemukan pesan Nabi saw: “tidak ada wadah yang dipenuhi manusia lebih buruk dari perut . Cukuplah bagi putra putri Adam beberapa suap yang dapat menegakkan tubuhnya. Kalaupun harus (memenuhi perut), hendaklah sepertiga untuk makannya, sepertiga untuk minumannya, dan sepertiga untuk pernafasannya.” (HR.at-Tirmidzi, Ibn Hibban melalui Miqdam Ibn Ma’dikarib). Ditemukan juga pesan yang mengatakan: “termasuk berlebih-lebihan bila Anda makan apa yang selera Anda tidak tertuju kepadanya” (Al-Mishbah,2002).

Kita tidak boleh mengonsumsi makanan secara berlebih-lebihan karena dilarang oleh agama dan dapat menimbulkan penyakit. Mengonsumsi bahan makanan yang mengandung garam dan lemak secara berlebih yang dapat menimbulkan resiko tinggi atau komplikasi berlanjut akibat dari hipertensi.

Pengaturan pola makan hendaknya memadukan antara jadwal makan dan jadwal shalat yang terdiri dari shalat lima waktu dan dua shalat sunnat yaitu shalat duha dan shalat tahajjud. Sarapan pagi dilakukan setelah melaksanakan shalat subuh dan mengonsumsi makanan ringan setelah shalat sunnat duha. Makan siang dilaksanakan setelah shalat dzuhur dan setelah shalat ashar dianjurkan untuk mengonsumsi makanan ringan. Makan malam dilakukan antara magrib

dan isya dan setelah shalat sunnat tahajjud dianjurkan untuk mengkonsumsi buah.

C. Tinjauan Umum Kepatuhan

1. Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan merupakan tingkat seseorang dalam melaksanakan aturan-aturan perilaku yang disarankan. Pada penderita hipertensi kepatuhan diartikan sebagai ketaatan untuk melaksanakan sesuatu yang dianjurkan dokter atau petugas kesehatan. Kepatuhan program diet pada klien hipertensi adalah ketaatan untuk tidak mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung garam (natrium), lemak, minuman beralkohol karena makanan tersebut dapat merangsang tekanan darah (Suharto,2000).

Kepatuhan merupakan fenomena multidimensi yang ditentukan oleh lima dimensi yang saling terkait, yaitu faktor pasien, faktor terapi, faktor sistem kesehatan, faktor lingkungan dan faktor sosial ekonomi. Semua faktor adalah faktor penting dalam mempengaruhi kepatuhan, oleh karena itu dalam menyelesaikan masalah ketidakpatuhan pasien, tidak sepenuhnya semua masalah ada pada pasien sehingga intervensi hanya dilakukan pada sisi pasien namun diperlukan juga adanya pembenahan pada sistem kesehatan dan petugas pelayanan kesehatan. Faktor ini juga memberikan pengaruh besar terhadap tumbuhnya kepatuhan pasien. Faktor lingkungan dan keluarga pasien merupakan faktor yang berpengaruh dalam menumbuhkan kepatuhan pasien (BPOM RI,2006).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan menurut BPOM RI (2006) ada lima faktor yaitu faktor pasien, faktor terapi, faktor sistem kesehatan, faktor lingkungan, dan faktor sosial ekonomi.

a. Faktor pasien

1. Umur

Umur sebagai unsur biologis yang menunjukkan tingkat kematangan organ-organ fisik manusia, terutama pada organ-organ perseptual sehingga persepsi berlangsung. Umur akan mempengaruhi jiwa seseorang yang menerima, mengolah kembali pengertian – pengertian atau tanggapan, sehingga dapat dilihat bahwa semakin tinggi usia seseorang maka proses pemikirannya lebih matang. Biasanya orang yang masih muda pemikirannya radikal sedangkan orang dewasa lebih moderat (Suharto,2000).

Hasil penelitian Hutabarat tentang pengaruh faktor internal dan eksternal terhadap kepatuhan minum obat penderita kusta di Kabupaten Asahan salah satunya adalah pengaruh umur terhadap kepatuhan. Presentase responden dari 21 orang usia tidak produktif (< 20 tahun) 17 orang (81%) patuh minum obat dan dari 35 yang berumur produktif (≥ 20 tahun), 17 orang (48,6%) patuh minum obat, terlihat presentase umur < 20 tahun lebih patuh minum obat dibanding dengan umur ≥ 20 tahun dan

secara statistik, ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan minum obat (Hutabarat,2008).

2. Jenis kelamin

Jenis kelamin terbentuk dari dimensi biologis, hal tersebut dapat digunakan untuk menggolongkan kedalam dua kelompok biologis yaitu pria dan wanita. Pada umumnya dalam kepatuhan menjalankan diet wanita lebih patuh daripada pria, karena wanita lebih patuh dan peduli.

Penelitian Hutabarat tentang pengaruh faktor internal dan eksternal terhadap kepatuhan minum obat penderita kusta di Kabupaten Asahan salah satunya adalah pengaruh jenis kelamin terhadap kepatuhan. Hasil penelitian yang diperoleh dari 18 orang responden, 15 orang (83,3%) patuh minum obat sedangkan dari 38 orang laki-laki, 19 (50%) patuh minum obat. Presentase perempuan lebih banyak patuh minum obat dibanding laki-laki dan secara statistik ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan kepatuhan minum obat (Hutabarat,2008).

3. Pengetahuan

a) Defenisi

Pengetahuan menurut Notoatmodjo (2003) merupakan hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Jadi pengetahuan ini diperoleh dari aktifitas pancaindra yaitu penglihatan,

penciuman, peraba, dan indra perasa, sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Nursalam, 2011) .

Hasil penelitian yang dilakukan Erni tentang hubungan pengetahuan dan ketidakpatuhan berobat diperoleh kesimpulan ada pengaruh signifikan antara pengetahuan dan ketidakpatuhan berobat, semakin rendah pengetahuan maka semakin tidak patuh penderita TB paru untuk datang berobat. Hubungan ini memiliki nilai koefisien korelasi positif. Pengetahuan penderita yang sangat rendah dapat menentukan ketidakpatuhan penderita minum obat karena kurangnya informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan tentang penyakit TB paru, bahaya tentang penyakit TB paru cara pengobatan, bahaya akibat teratur minum obat dan pencegahannya (Erni,2009).

- b) Tinjauan Islam tentang pengetahuan dijelaskan dalam Qur'an Surat Al- Zumar (39):9

أَمَّنْ هُوَ قَنِتٌ أَنَاءَ اللَّيْلِ سَاجِدًا وَقَائِمًا يَحْذَرُ الْآخِرَةَ وَيَرْجُوا رَحْمَةَ

رَبِّهِ ۚ قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَالَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ ۚ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ

أُولُوا الْأَلْبَابِ ﴿٩﴾

Terjemahnya :

(apakah kamu Hai orang musyrik yang lebih beruntung) ataukah orang yang beribadat di waktu-waktu malam dengan sujud dan berdiri, sedang ia takut kepada (azab) akhirat dan mengharapkan rahmat Tuhannya? Katakanlah: "Adakah sama orang-orang yang mengetahui dengan orang-orang yang tidak mengetahui?" Sesungguhnya orang yang berakallah yang dapat menerima pelajaran (Depag RI)

Ayat diatas menegaskan perbedaan sikap dan ganjaran yang mereka terima dengan sikap dan ganjaran bagi orang-orang yang beriman. Allah berfirman: Apakah orang-orang yang beribadah secara tekun dan tulus di waktu-waktu malam dalam keadaan sujud dan berdiri secara mantap demikian juga rukuk dan duduk atau berbaring, *sedang ia* terus menerus takut pada siksaan akhirat dan dalam saat yang sama senantiasa mengharapkan rahmat tuhanNya sama dengan mereka yang berdoa mendapat musibah dan melupakan-Nya ketika memperoleh nikmat serta menjadikan bagi Allah sekutu-sekutu? Tentu saja tidak sama! Katakanlah : “Adakah sama orang-orang yang mengetahui hak Allah dengan mengesakan-Nya dengan orang-orang yang tidak mengetahui hak Allah dan menkufuri-Nya ?” Sesungguhnya orang yang dapat menarik banyak pelajaran adalah Ulul Albab, yakni orang-orang yang cerah pikirannya

Ayat ini menjelaskan bahwa hanya orang yang berakal dan yang dapat menerima pelajaran . Maka hanya orang-orang yang

memiliki pengetahuan tentang hipertensi yang mengerti tentang diet hipertensi (Al-Mishbah,2002).

b. Faktor Terapi

Indikator dari kompleksitas suatu pengobatan adalah frekuensi pengobatan yang harus dilakukan oleh pasien itu sendiri, misalnya frekuensi minum obat dalam sehari. Pasien akan lebih patuh pada dosis yang diberikan satu kali sehari daripada dosis yang diberikan lebih sering, misalnya tiga kali sehari (BPOM RI,2006).

c. Faktor Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah upaya peningkatan kesehatan pada masyarakat ke arah yang lebih baik, sehingga dapat mencegah terjadinya kondisi sakit yang berulang. Pelayanan kesehatan terbagi atas dua, (Juanita, 2002) :

- 1) Pelayanan kesehatan primer (primary health care), atau pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang paling depan, yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan.
- 2) Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (secondary and tertiary health care), adalah rumah sakit, tempat masyarakat memerlukan perawatan lebih lanjut (rujukan). Di Indonesia terdapat berbagai tingkat rumah sakit, mulai dari rumah sakit tipe D sampai dengan rumah sakit kelas A.

Pelayanan kesehatan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan pelanggan. Setiap siklus pelayanan memberikan kesempatan untuk evaluasi kualitas pelayanan oleh provider maupun pelanggan. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta yang penyelenggaraanya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Konsep *service quality* yang populer, *ServQual* dinyatakan bahwa kualitas pelayanan memiliki lima dimensi, yaitu *reliability*, *resposiveness*, *assurance*, *tangible*, *empathy* (Parasuraman dalam Praptiwi, 2009).

1. *Reliability*, diartikan sebagai kehandalan institusi dalam memberikan pelayanan kepada pelanggannya. Dalam pelaksanaannya dimensi ini memuat dua unsur utama yaitu kemampuan institusi untuk memberikan pelayanan sebagaimana yang dijanjikannya dan keakuratan pelayanan yang diberikan atau seberapa jauh institusi mampu meminimalisir atau mencegah terjadinya kesalahan (*error*) dalam proses pelayanan yang diberikan. Rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan akan menjadi tidak reliabel bila hasil tes laboratorium yang diterima pasien ternyata tertukar dengan pasien lain, ataupun kecorobohan-kecorobohan lainnya. Ada beberapa hal yang harus dilakukan

institusi untuk mewujudkan pelayanan yang *reliable*, di antaranya melakukan pendidikan dan pelatihan kepada karyawan secara berkesinambungan sehingga mereka menjadi karyawan yang benar-benar mampu memberikan pelayanan yang *reliable* (*zero defect/free error*) sekaligus memiliki kesadaran yang tinggi akan pentingnya pelayanan yang *reliable*. Selain itu, institusi juga perlu menyediakan infrastruktur yang menunjang program *free error*. Dalam seting pelayanan rumah sakit, pelayanan yang reliabel berarti pelayanan yang bebas dari kesalahan pengkajian, diagnosa, maupun penanganan, tidak terjadi malpraktik, dan pelayanan yang diberikan memberikan jaminan perbaikan kondisi pasien yang berobat.

2. *Responsiveness*. Dimensi kualitas pelayanan ini mengandung arti kecepatan atau ketanggapan pemberian layanan. Dimensi yang satu ini termasuk dimensi yang paling dinamis. Seiring dengan peningkatan intensitas aktivitas masing-masing individu, harapan pelanggan akan dimensi ini semakin meningkat. Setiap pelanggan semakin mengharapkan waktu tunggu yang semakin pendek. Pada aspek ini, seorang pasien akan merasa puas kalau mereka mendapatkan pelayanan yang cepat (tidak membutuhkan waktu tunggu yang lama).
3. *Assurance*. Merupakan kemampuan institusi untuk meyakinkan pelanggan bahwa layanan yang diberikan dapat dipercaya atau terjamin. Ada empat aspek yang membangun dimensi ini, yaitu

keramahan, kompetensi, kredibilitas, dan keamanan. Aspek keramahan warga institusi dapat dinilai dari senyuman, intonasi bicara, bahasa, dan sikap tubuh selama berkomunikasi dan memberikan pelayanan kepada pelanggan. Sepintas menumbuhkan budaya ramah bukan hal yang sulit. Namun pada kenyataannya membuat warga institusi untuk tersenyum saat memberikan pelayanan butuh banyak hal, dari mulai penempelan pin yang disematkan di baju pemberi layanan, memegang slogan-slogan, pelatihan, bahkan sampai pengaturan reward yang sesuai, dll. Pelanggan juga akan mempercayai institusi bila pemberi layanan adalah orang yang kompeten dan memiliki kredibilitas dalam bidangnya. Selain itu, pelanggan juga membutuhkan jaminan keamanan. Seorang pasien akan merasa puas bila dilayani oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, ahli gizi, ahli farmasi) yang mampu memberikan pelayanan yang ramah, kompeten, oleh orang kredibel, dan juga aman.

4. *Tangible*. Unsur ini mewakili penilaian pelanggan terhadap apa-apa yang bisa dilihatnya. Meskipun pada kenyataannya pelayanan tidak bisa diraba, dicium, maupun dilihat, namun pada kenyataannya pelanggan akan menilai pelayanan yang diterimanya berdasar dari hasil pengindraannya terhadap banyak hal dalam bentuk persepsi. Seorang pasien akan menilai atau mempersepsikan pelayanan yang diberikan rumah sakit memuaskan bila bangunan rumah sakitnya memiliki design yang modern, lingkungannya (ruang perawatan,

ruang tunggu, kamar mandi, dll) bersih, terkesan mewah, peralatan yang digunakan serba canggih, seragam perawat atau karyawannya rapi, bersih dan modelnya menarik, dan lain-lain.

5. *Empathy*. Secara umum aspek ini memang sering dianggap tidak terlalu penting oleh para pelanggan. Namun bagi pelanggan dari kalangan tertentu (menengah ke atas) unsur ini menjadi hal yang cukup penting. Mereka merasa *ego*, status, dan gengsinya tetap terpelihara atau bahkan terus menerus ditingkatkan dihadapan banyak orang. Hal ini sesuai dengan teori Maslow tentang kebutuhan dasar manusia. Setiap orang yang sudah mencapai pemenuhan kebutuhan tingkat tertentu tidak akan terpuaskan bila mendapatkan hal-hal yang bersifat pemenuhan kebutuhan di tingkat yang lebih rendah. Hal inilah yang mendasari institusi pemberi pelayanan (termasuk rumah sakit) memberikan pelayanan dalam tingkatan kelas; kelas ekonomi, bisnis, eksekutif, dst. Selain itu, dimensi empati adalah dimensi yang memberikan peluang besar untuk memberikan pelayanan yang bersifat *surprise*. Misalnya dengan selalu menyebut nama pelanggan, memberikan ucapan atau hadiah di kala pelanggan atau anggota keluarga ulang tahun, dll.

Penanganan masalah ketidakpatuhan pasien tidak hanya dilakukan pada sisi pasien karena tidak sepenuhnya semua kesalahan ada pada pasien. Intervensi tidak hanya dilakukan dari sisi pasien namun diperlukan juga adanya pembenahan dalam sistem kesehatan dan petugas pelayanan kesehatan (BPOM RI,2006).

d. Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan semua obyek baik berupa benda hidup atau tidak hidup yang ada disekitar dimana seseorang berada. Dalam hal ini lingkungan sangat berperan dalam kepatuhan klien menjalankan diet, jika lingkungan mendukung penderita hipertensi akan patuh terhadap dietnya (Soeharto,2000).

Lingkungan keluarga sangat berperan penting dalam kepatuhan. Keterlibatan keluarga sangat mempengaruhi kepatuhan seseorang dalam menjalankan diet. Hasil penelitian kamaluddin mengemukakan keterlibatan keluarga mempengaruhi kepatuhan dalam mengurabgi asupan cairan (Kamaluddin,2009)

1. Tinjauan tentang Dukungan Keluarga

Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat prefentif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarganya yang sakit karena keluarga merupakan unit terkecil masyarakat yang paling dekat hubungannya dengan penderita. Dengan adanya dukungan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan penderita dalam penatalaksanaan diet (Niven.N,2002).

2. Tinjauan Islam tentang Dukungan Keluarga

Q.S. Al-Ankabut ayat (29):8

وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ حُسْنًا وَإِنْ جَاهَدَاكَ لِتُشْرِكَ بِي مَا لَيْسَ
 لَكَ بِهِ عِلْمٌ فَلَا تُطِعْهُمَا ۖ إِلَىٰ مَرْجِعُكُمْ فَأُنَبِّئُكُم بِمَا كُنتُمْ تَعْمَلُونَ



Terjemahnya :

“Dan Kami wajibkan manusia (berbuat) kebaikan kepada dua orang ibu- bapaknya. dan jika keduanya memaksamu untuk mempersekutukan aku dengan sesuatu yang tidak ada pengetahuanmu tentang itu, Maka janganlah kamu mengikuti keduanya. hanya kepada-Ku-lah kembalimu, lalu aku kabarkan kepadamu apa yang telah kamu kerjakan (Depag RI).

Ayat diatas berbicara tentang larangan mengikuti orang tua yang memaksa ananknya mempersekutukan Allah. Namun, sebelum menegaskan larangan itu, dikemukakan terlebih dahulu prinsip dasar perlakuan anak kepada orang tua, kendati agama dan kepercayaan mereka berbeda dengan agama anak. Ayat di atas menyatakan : kami telah menetapkan kewajiban mengesankan Allah swt. Dan kami telah mewasiatkan, yakni berpesan kepada manusia wasiat yang baik yaitu agar berbuat baik dan berbakti terhadap kedua orangtuanya dan kami berpesan juga kepada mereka bahwa jika kedua orangtuanya dan kami berpesan juga kepada mereka bahwa jika kedua orangtuanya, apalagi kalau hanya salah satunya, lebi-lebih kalau orang lain, sesungguhnya-memaksamu untuk mempersekutukan aku dengan sesuatu yang

tidak ada pengetahuanmu tentang itu, apalagi setelah aku dan para Rasul menjelaskan kebatilan mempersekutukan Allah getauia tau makhluk dalam dan setelah engkau mengetahui bila menggunakan nalarmu, maka janganlah engkau mematuhi keduanya karena tidak boleh mematuhi satu makhluk dalam kedurhakaan kepada Allah. Hanya kepada-Ku-lah kamu kembali semua, baik mukmin maupun musyrik, lalu aku kabarkan pengabaran yang terperinci dan jelas lagi sifatnya sangat penting kepadamu yaitu dengan memberi balasan yang adil dan setimpal terhadap apa yang kamu kerjakan. Dan orang-orang yang beriman dan membuktikan keimanannya dengan mengerjakan amal saleh benar-benar akan memasukkan mereka kedalam kelompok orang-orang yang saleh, yakni yang mantap kesalehannya.

Al-Qur'an sering mengingatkan kita untuk berbuat baik dan berbakti kepada orang tua kita dan menunjukkan kebaikan dalam berbagai bentuk kepada mereka (Al-Mishbah,2002).

3. Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (1998) bahwa keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan, dan bantuan jika diperlukan.

Friedman (1998) menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan yaitu :

a) Dukungan Emosional

Dukungan emosional merupakan dukungan yang diwujudkan dalam bentuk kelekatan, kepedulian, dan ungkapan simpati sehingga timbul keyakinan bahwa individu yang bersangkutan diperhatikan.

b) Dukungan Informasi

Keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi tentang pengetahuan proses belajar, diantaranya mengenai cara belajar yang efektif, motivasi belajar, pelajaran sekolah. Manfaat dukungan ini adalah dapat menahan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dukungan ini berupa nasehat, usulan saran, petunjuk dan pemberi informasi.

c) Dukungan Penghargaan

Dukungan penilaian dapat berwujud pemberian penghargaan atau pemberian penilaian yang mendukung perilaku atau gagasan individu dalam bekerja maupun peran sosial yang meliputi pemberian umpan balik, informasi atau penguatan.

d) Dukungan Instrumental

Keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan kongkrit, diantaranya dapat berwujud barang, pelayanan dukungan, keuangan dan menyediakan peralatan yang dibutuhkan.

Memberi bantuan dan melaksanakan aktivitas, memberi peluang waktu, serta modifikasi lingkungan.

Hasil penelitian tentang dukungan keluarga terhadap pengontrolan hipertensi pada anggota keluarga yang lansia di Gampong Benteng Kecamatan Kota Sigli NAD, menggambarkan bahwa sebagian besar responden mendapat dukungan keluarga pada kategori baik ada 18 orang (56,3%) (Marlina,2010).

e. Faktor Sosial Ekonomi

Faktor sosial ekonomi sangat berperan dimana status ekonomi yang cukup atau baik akan memudahkan mencari pelayanan kesehatan yang lebih baik. Faktor ekonomi berkaitan erat dengan konsumsi makanan atau dalam penyajian makanan keluarga. Kebanyakan penduduk dapat dikatakan masih kurang mencukupi kebutuhan dirinya masing-masing. Keadaan umum ini dikarenakan rendahnya pendapatan yang mereka peroleh dan banyaknya anggota keluarga yang harus diberi makan dengan jumlah pendapatan rendah. Status ekonomi adalah kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan per bulan. Status ekonomi dapat dilihat dari pendapatan yang disesuaikan dengan harga barang pokok (Kartono,2006).

Status ekonomi seseorang dibagi menjadi dua kelompok yaitu: penghasilan tipe kelas atas Rp 1.024.000,00 dan penghasilan tipe kelas bawah < Rp 1.024.000,00 (UMD, 2011).

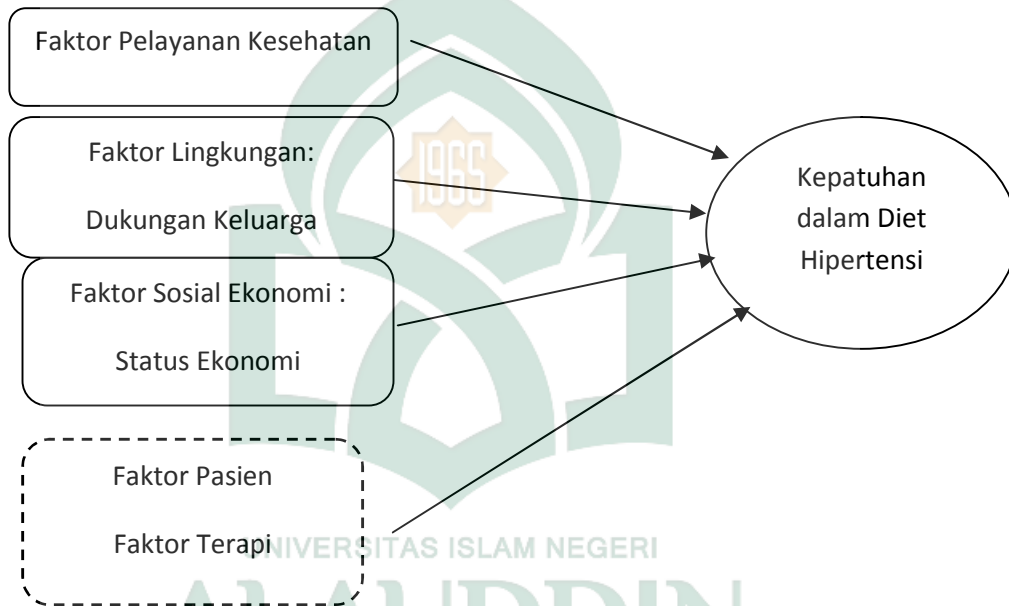
Hasil penelitian Danang tentang Hubungan antara Status Sosial ekonomi dengan Infeksi Soil Transmitted Helminth di SDN 03 Kecamatan Pringapus Kabupaten Semarang adalah status sosial ekonomi siswa paling banyak berada pada status sosial ekonomi keluarga sejahtera 2, sedangkan siswa yang terinfeksi STH paling banyak berada pada status sosial ekonomi keluarga sejahtera 1. Pada uji statistik Spearman diperoleh nilai $p=0,005$. Hal ini berarti dijumpai hubungan yang bermakna antara status sosial ekonomi dengan infeksi STH pada siswa SDN 03 Kecamatan Pringapus Kabupaten Semarang (Danang,2008).

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan teori-teori yang diuraikan di atas yang dikaitkan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien dalam menjalankan diet hipertensi maka kerangka konseptual penelitian ini adalah sebagai berikut :



Keterangan : M A K A S S A R

□ : variabel independen

○ : variabel dependen

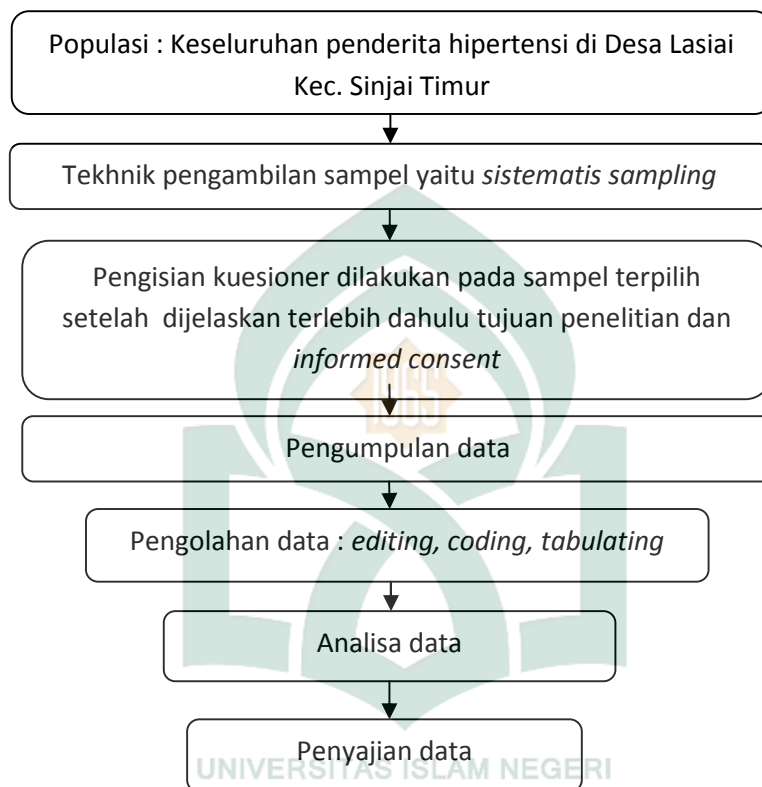
→ : hubungan variabel

□ (dashed) : variabel moderat

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

B. Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah proses penelitian dari penentuan populasi sampai dengan penyajian hasil penelitian yang dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3.2 Kerangka Kerja Penelitian

C. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif

1. Variabel independen

a. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah suatu sistem pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas yang terdiri dari lima dimensi kualitas pelayanan yaitu *reliability* (kehandalan), *resposiveness* (daya

tanggap), *assurance* (jaminan fisik), *tangible* (fasilitas fisik), *empathy* (empati)

Kriteria Objektif :

Baik : jika jumlah skor jawaban pertanyaan 70

Kurang : jika jumlah skor jawaban pertanyaan < 70

b. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah bantuan yang diberikan keluarga baik berupa emosi atau penghargaan, fasilitas, dan informasi.

Kriteria objektif :

Baik : jika jumlah skor jawaban pertanyaan 37,5

Kurang : jika jumlah skor jawaban pertanyaan $< 37,5$

c. Status ekonomi

Status ekonomi adalah kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan per bulan sesuai dengan UMD Kabupaten Sinjai.

Tinggi : jika pendapatan per bulan Rp. 1.024.000,00

Rendah : jika pendapatan perbulan $< \text{Rp. } 1.024.000,00$

2. Variabel dependen

Kepatuhan

Kepatuhan adalah reaksi dan pendapat yang ditunjukkan responden terhadap diet selama menderita hipertensi.

Kriteria objektif :

Patuh : jika jumlah skor dari jawaban pertanyaan ≥ 20

Tidak patuh : jika jumlah skor dari jawaban pertanyaan < 20

D. Hipotesis Penelitian

- a. Ada hubungan antara dukungan pelayanan kesehatan dengan kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan diet hipertensi di Desa Lasiai Kec. Sinjai Timur Kab. Sinjai.
- b. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan diet hipertensi di Desa Lasiai Kec. Sinjai Timur Kab. Sinjai.
- c. Ada hubungan antara status ekonomi dengan kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan diet hipertensi di Desa Lasiai Kec. Sinjai Timur Kab. Sinjai.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Rancangan yang digunakan peneliti adalah penelitian analitis dan deskriptif dengan desain penelitian *cross sectional* dengan maksud untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan diet hipertensi di Desa Lasiai Kec. Sinjai Timur Kab. Sinjai.

B. Populasi, Sampel, Sampling

1. Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti tersebut (Notoatmodjo, 2002). Populasi dalam penelitian ini adalah keseluruhan penderita hipertensi di Desa Lasiai Kec. Sinjai Timur Kab. Sinjai. Jumlah penderita hipertensi pada tahun 2011 sebanyak 203 orang.

2. Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian populasi yang diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2011). Dalam penelitian ini menggunakan sampel dengan kriteria sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Nursalam 2003 dalam Hidayat, 2011).

Dalam penelitian ini kriteria inklusi adalah :

1. Seluruh penderita hipertensi di Desa Lasiai
2. Penderita hipertensi berulang
3. Penderita yang pernah berobat dan tercatat di Pustu Desa Lasiai
4. Bersedia menjadi responden

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian. Dalam penelitian ini kriteria eksklusi adalah :

1. Penderita tidak bersedia menjadi responden
2. Penderita pindah ke daerah lain

c. Besar Sampel

Dalam menentukan besar sampel menggunakan rumus (Nursalam,2008)

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N}{1 + N(d)^2} \\
 &= \frac{2}{1 + 2(0.0)^2} \\
 &= \frac{2}{1 + 2(0.0)} \\
 &= \frac{2}{3.0} \\
 &= 67 \text{ orang}
 \end{aligned}$$

Jadi besar sampel yang diteliti adalah 67 orang.

3. Sampling Penelitian

Sampling adalah suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada (Hidayat,2011). Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Nonprobability Sampling* yaitu sampling sistematis. Cara pengambilan sampel berdasarkan urutan anggota populasi yang berjumlah 203 orang yang telah diberi nomor urut dan mengambil setiap nomor urut yang berkelipatan 3 hingga memenuhi target pencapaian sampel sebanyak 67 orang .

C. Waktu dan Tempat Penelitian

1. Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 11 sampai 21 Juli 2012.

2. Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Lasiai Kec. Sinjai Timur Kab. Sinjai.

D. Instrumen Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data

Instrumen dalam penelitian ini berupa kuesioner karena penggunaan kuesioner merupakan hal pokok untuk pengumpulan data dalam penelitian ini hasil kuesioner tersebut akan terjelma dalam bentuk angka - angka dan tabel, analisa statistik dan uraian serta kesimpulan hasil penelitian.

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini dibuat sendiri oleh peneliti dan belum pernah dipakai dalam penelitian lain. Jumlah pertanyaan sebanyak 59 item, yang dikelompokkan menjadi 3 bagian.

Bagian A berisi data umum , bagian B tentang Pelayanan Kesehatan, bagian C tentang dukungan keluarga, bagian D tentang kepatuhan. sebelum di diedarkan secara resmi instrumen penelitian (kuesioner) dilakukan uji coba ke 10 responden pada bulan Juli 2012.

a. Uji Validitas

Untuk menguji validitas telah di uji cobakan instrumen penelitian ini ke 10 responden pada bulan Juli 2012 dengan kriteria inklusi yang ditetapkan. Dari hasil uji coba instrumen penelitian ini diperoleh data kemudian di uji validitasnya tiap item nya dengan menggunakan rumus *product moment* dengan bantuan komputer SPSS 18.0 (Hidayat,2011). Untuk jumlah responden 10, berdasarkan tabel, taraf signifikansi 5 % titik kritis adalah 0,632, setelah dilakukan uji validitas dengan menyebarkan pada 10 responden diperoleh hasil skor tiap item pertanyaan untuk variabel pelayanan kesehatan skor antara 0,642 – 0,945, untuk variabel dukungan keluarga diperoleh skor antara 0,663-0,894 sedangkan untuk variabel kepatuhan diperoleh skor 0,000 – 0,871, jika di bandingkan dengan nilai r tabel maka r hitung lebih besar maka instrumen untuk variabel pelayanan kesehatan dan dukungan keluarga dinyatakan valid. Pada variabe kepatuhan terdapat 2 item pertanyaan dimana nilai r hitung lebih kecil dari nilai r tabel sehingga dari 10 item pernyataan terdapat dua diantaranya yang tidak valid.

b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan untuk melihat sejauh mana suatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data (Arikunto,2002). Adapun ketentuan pengujiannya adalah jika r hasil ($> r$ tabel) maka instrumen tersebut dikatakan reliabel, instrumen penelitian dikatakan reliabel bila $= 0,60$. Hasil uji realibilitas pada 10 responden berdasarkan kriteria inklusi pada variabel pelayanan kesehatan diperoleh nilai r hasil= 0,974 variabel dukungan keluarga 0,956, variabel kepatuhan 0,911 maka instrumen dikatakan reliabel karena r hasil $> r$ tabel.

2. Skala pengukuran

Untuk mendapatkan informasi yang diinginkan peneliti menggunakan kuesioner sebagai instrumen pengumpulan data yang dikembangkan berdasarkan variabel yang diteliti. Pengukuran variabel menggunakan skala diferensial semantik dan skala likert sedangkan skala pengukuran data menggunakan skala ordinal. Adapun variabel yang diteliti sebagai berikut :

a. Pelayanan Kesehatan

Pengukuran variabel ini menggunakan skala rating dengan jawaban yang berupa angka yang telah disediakan yang hampir sama dengan skala likert akan tetapi tersedia jawaban berupa interval angka. Skala pengukuran data yang digunakan adalah skala ordinal. Jawaban dipilih dengan cara memberi tanda check pada nomor

jawaban yang tersedia sesuai dengan keadaan sebenarnya. Penilaian sangat rendah dengan angka 1, rendah dengan angka 2, tinggi dengan angka 3 dan angka 4 untuk penilaian sangat tinggi. Jika dari 28 pernyataan diberi tanda pada angka 4 maka skor tertinggi 112 dan apabila semua pernyataan diberi tanda pada angka 1 maka skor terendah 28, maka diperoleh nilai mean 70. Sistem kesehatan baik jika jumlah skor \geq nilai mean yaitu 70 dan sistem kesehatan kurang baik jika jumlah skor $<$ nilai mean yaitu 70.

b. Dukungan keluarga

Pengukuran variabel ini menggunakan skala likert dengan jawaban pertanyaan selalu, sering, kadang, dan tidak pernah. Skala pengukuran data yang digunakan adalah skala ordinal. Jawaban selalu dengan skor 4, sering dengan skor 3, kadang dengan skor 2, dan tidak pernah dengan skor 1. Jika dari 15 pertanyaan di jawab dengan jawaban selalu maka skor tertinggi 60 dan apabila semua jawaban tidak pernah maka skor terendah 15, maka diperoleh nilai mean 37,5. Dukungan keluarga baik jika jumlah skor \geq nilai mean yaitu 37,5 dan dukungan keluarga kurang baik jika jumlah skor $<$ nilai mean yaitu 37,5.

c. Status ekonomi

Skala pengukuran status ekonomi diukur dengan menggunakan skala ordinal yang merupakan skala berjenjang atau tingkatan. Pendapatan tinggi jika pendapatan per bulan Rp.

1.024.000,00 pendapatan rendah jika pendapatan per bulan < Rp
1.024.000,00

d. Kepatuhan

Tingkat kepatuhan diukur dengan menggunakan skala likert dengan jawaban pertanyaan selalu, sering, kadang, dan tidak pernah.. Skala pengukuran data yang digunakan adalah skala ordinal. Jawaban selalu dengan skor 4, sering dengan skor 3, kadang dengan skor 2, tidak pernah dengan skor 1. Jika dari 8 pertanyaan dijawab dengan jawaban selalu maka skor tertinggi 32 dan apabila semua pertanyaan dijawab dengan tidak pernah maka skor terendah 8, maka diperoleh nilai mean 20. Dikatakan patuh apabila jumlah skor 20 dan tidak patuh jika skor < 20.

Keterangan :

$$\text{Nilai Mean} = \frac{\text{Skor tinggi} \times \text{jumlah soal} + \text{skor rendah} \times \text{jumlah soal}}{2}$$

E. Pengolahan Data

Tahap-tahap yang dilakukan peneliti dalam pengolahan data sebagai berikut :

1. *Editing*

Proses editing dilakukan untuk meneliti kembali apakah lembar kuesioner sudah lengkap.

2. *Coding*

Coding adalah usaha mengklasifikasi jawaban atau hasil-hasil yang ada menurut mcamnya dengan cara menandai masing-masing dengan kode

berupa angka kemudian dimasukkan dalam lembaran tabel kerja guna mempermudah membacanya.

3. *Tabulating*

Kegiatan memasukkan data-data hasil penelitian ke dalam tabel-tabel sesuai kriteria.

F. Analisa data

1. Analisa Univariat

Analisis univariat adalah menganalisis variabel-variabel yang secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dan proporsinya untuk mengetahui karakteristik dari suatu obyek penelitian.

2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan untuk melihat hubungan dua variabel yang meliputi variabel bebas dan variabel terikat. Data yang telah didapatkan akan dianalisa dengan uji statistik. Uji statistik yang digunakan adalah *Chisquare* dengan nilai $\alpha = 0,05$. Pengolahan dan analisa data dilakukan dengan menggunakan komputer SPSS 18.0.

G. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mendapat rekomendasi dari Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu - Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar dan instansi- instansi terkait lainnya. Setelah mendapat persetujuan maka peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika menurut KNEPK (Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan) dalam Yurisa (2008) :

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*).

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subyek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*).

Beberapa tindakan yang terkait dengan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia adalah peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subyek (*informed consent*) yang terdiri dari:

- a. Penjelasan manfaat penelitian.
- b. Penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan.
- c. Penjelasan manfaat yang akan didapatkan.
- d. Persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan subyek berkaitan dengan prosedur penelitian.
- e. Persetujuan subyek dapat mengundurkan diri kapan saja.
- f. Jaminan anonimitas dan kerahasiaan.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*).

Setiap manusia memiliki hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu. Pada dasarnya penelitian akan memberikan akibat terbukanya informasi individu termasuk informasi yang bersifat pribadi. Sedangkan tidak semua orang menginginkan informasinya diketahui oleh orang lain, sehingga peneliti perlu memperhatikan hak-hak dasar

individu tersebut. Dalam aplikasinya, peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas baik nama maupun alamat asal subyek dalam kuesioner dan alat ukur apapun untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas subyek. Peneliti dapat menggunakan koding (inisial atau *identification number*) sebagai pengganti identitas responden.

3. Keadilan dan inklusivitas (*respect for justice and inclusiveness*).

Prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Untuk memenuhi prinsip keterbukaan, penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berperikemanusiaan, dan memperhatikan faktor-faktor ketepatan, keseksamaan, kecermatan, intimitas, psikologis serta perasaan religius subyek penelitian. Lingkungan penelitian dikondisikan agar memenuhi prinsip keterbukaan yaitu kejelasan prosedur penelitian. Keadilan memiliki bermacam-macam teori, namun yang terpenting adalah bagaimanakah keuntungan dan beban harus didistribusikan di antara anggota kelompok masyarakat. Prinsip keadilan menekankan sejauh mana kebijakan penelitian membagikan keuntungan dan beban secara merata atau menurut kebutuhan, kemampuan, kontribusi dan pilihan bebas masyarakat. Sebagai contoh dalam prosedur penelitian, peneliti mempertimbangkan aspek keadilan gender dan hak subyek untuk mendapatkan perlakuan yang sama baik sebelum, selama, maupun sesudah berpartisipasi dalam penelitian.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*).

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subyek (*nonmaleficence*). Apabila intervensi penelitian berpotensi mengakibatkan cedera atau stres tambahan maka subyek dikeluarkan dari kegiatan penelitian untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, stres, maupun kematian subyek penelitian.



BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian

1. Gambaran umum penelitian

a. Kondisi geografi

Desa Lasiai merupakan salah satu desa yang berada di Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai. Desa lasiai terdiri dari 5 dusun yaitu Dusun Lasiai, Dusun Batu-batu, Dusun Bonto Tangnga, Dusun Korasa, dan Dusun Wae Tuo dengan luas wilayah seluruhnya 17,4 km². secara geografis, batas wilayah Desa Lasiai sebagai berikut :

Sebelah utara : Desa Pasimarannu

Sebelah selatan : Desa Sukamaju

Sebelah barat : Desa Patalassang

Sebelah timur : Desa Sanjai

b. Kondisi demografi

Pada tahun 2011 diketahui jumlah penduduk Desa Lasiai 2.236 jiwa dengan jumlah penderita hipertensi sebanyak 203 orang.

c. Sarana dan tenaga kesehatan

Sarana kesehatan yang terdapat di Desa Lasiai yaitu Puskesmas pembantu (Pustu) Desa Lasiai yang menjadi sarana kesehatan utama dan terdapat 5 posyandu yang berada pada tiap dusun dengan jumlah kader 5 orang tiap posyandu.

d. Sarana pendidikan

Sarana pendidikan yang terdapat di Desa Lasiai yaitu PAUD sebanyak 3 buah dan SD sebanyak 2 buah.

e. Mata pencaharian

Mata pencaharian utama penduduk Desa Lasiai dari Subsektor pertanian.

2. Karakteristik responden

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif analitik dengan tujuan mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan diet hipertensi di Desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai. Pengambilan data dilakukan mulai tanggal 11 sampai 21 Juli 2012 dengan kegiatan kunjungan langsung ke rumah responden dan menyebarkan kuesioner sebagai instrumen penelitian sebanyak 67 lembar kepada 67 orang responden.

Responden yang dipakai dalam penelitian ini yaitu penderita hipertensi berulang yang pernah berobat di Puskesmas Pembantu (Pustu) Desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai yang telah menandatangani lembar persetujuan untuk dijadikan responden.

Karakteristik Responden

Tabel 5. 1
Distribusi Frekuensi Respoden Berdasarkan Karakteristik di Desa
Lasiai Kec. Sinjai Timur Kab. Sinjai Tahun 2012

Karakteristik	f	%
1. Umur		
a. 25-44	11	16,4
b. 45-64	30	44,8
c. 65-84	26	38,8
Total	67	100
2. Jenis Kelamin		
a. Laki-laki	10	14,9
b. Perempuan	57	85,1
Total	67	100
3. Pendidikan		
a. Tidak sekolah	40	59,7
b. SD	22	32,8
c. SMP	2	3,0
d. SMA	3	4,5
Total	67	100
4. Pekerjaan		
a. Tidak bekerja	57	85,1
b. Petani	9	13,4
c. Lain-lain	1	1,5
Total	67	100
5. Konsumsi obat		
a. Ya	67	100
b. Tidak	0	0
Total	67	100

Sumber : Data Primer, 2012

Pada tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden merupakan kelompok umur 45-64 tahun dengan jumlah 30 orang atau 44,8%. Mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 57 orang atau 85,1%. Kebanyakan responden tidak pernah sekolah dengan jumlah 40 orang atau 59,7 %.

Sebagian besar responden tidak bekerja dengan jumlah 57 orang atau 85,1%. Semua responden mengkonsumsi obat hipertensi.

3. Hasil Analisa Univariat

a. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pelayanan Kesehatan

Tabel 5. 2

Distribusi Frekuensi Respoden Berdasarkan Pelayanan Kesehatan di Desa Lasiai Kec. Sinjai Timur Kab. Sinjai Tahun 2012

Pelayanan Kesehatan	f	%
a. Baik	58	86,6
b. Kurang	9	13,4
Total	67	100

Sumber : Data Primer, 2012

Pada tabel 5.2 di atas menunjukkan mayoritas responden mendapatkan pelayanan kesehatan baik dengan jumlah 58 orang atau 86,6% .

b. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga

Tabel 5. 3

Distribusi Frekuensi Respoden Berdasarkan Dukungan Keluarga di Desa Lasiai Kec. Sinjai Timur Kab. Sinjai Tahun 2012

Dukungan Keluarga	f	%
a. Baik	16	23,9
b. Kurang	51	76,1
Total	67	100

Sumber : Data primer, 2012

Pada tabel 5.3 menunjukkan mayoritas responden memperoleh dukungan keluarga kurang dengan jumlah 51 orang atau 76,1%.

c. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Ekonomi

Tabel 5. 4

Distribusi Frekuensi Respoden Berdasarkan Status Ekonomi di Desa Lasiai Kec. Sinjai Timur Kab. Sinjai Tahun 2012

Status Ekonomi	f	%
a. Tinggi	10	14,9
b. Rendah	57	85,1
Total	67	100

Sumber: Data Primer, 2012

Pada tabel 5.4 menunjukkan Mayoritas responden status ekonomi rendah dengan jumlah 57 orang atau 85,1%

d. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kepatuhan

Tabel 5. 5

Distribusi Frekuensi Respoden Berdasarkan Status Ekonomi di Desa Lasiai Kec. Sinjai Timur Kab. Sinjai Tahun 2012

Kepatuhan	f	%
a. Patuh	18	26,9
b. Tidak patuh	49	73,1
Total	67	100

Sumber : Data Primer, 2012

Pada tabel 5.5 menunjukkan mayoritas responden tidak patuh dalam menjalankan diet hipertensi dengan jumlah 49 orang atau 73,1%.

4. Hasil Analisa Bivariat

- a. Hubungan antara Pelayanan Kesehatan dengan Kepatuhan Diet Hipertensi di Desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai

Tabel 5.6
Hubungan antara Pelayanan Kesehatan dengan Kepatuhan Diet Hipertensi di Desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai Tahun 2012

Pelayanan Kesehatan	Kepatuhan				Total		ρ
	Patuh		Tidak Patuh				
	N	%	N	%	N	%	
Baik	15	25,9	43	74,1	58	100	0,693
Kurang	3	33,3	6	66,7	9	100	
Total	18	26,9	49	73,1	67	100	

Sumber : Data Primer, 2012

Tabel 5.3 menunjukkan responden yang mendapatkan pelayanan kesehatan baik mayoritas tidak patuh dengan jumlah 43 orang atau 74,1%. Responden yang mendapatkan pelayanan kesehatan kurang dan tidak patuh menjalankan diet hipertensi berjumlah 6 orang atau 66,7 %.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-square* didapatkan bahwa nilai $\rho_{hitung} = 0,693 > \alpha = 0,05$ maka hipotesa ditolak. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara pelayanan kesehatan dengan kepatuhan diet hipertensi di desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai.

b. Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Hipertensi

Tabel 5.7
Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Hipertensi di Desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai Tahun 2012

Dukungan Keluarga	Kepatuhan				Total		ρ	OR
	Patuh		Tidak Patuh					
	N	%	N	%	N	%		
Baik	8	50	8	50	16	100	0,025	4,1
Kurang	10	19,6	41	80,4	51	100		
Total	18	26,9	49	73,1	67			

Sumber : Data Primer, 2012

Tabel 5.4 menunjukkan responden yang mendapatkan dukungan keluarga baik diperoleh jumlah yang sama antara yang patuh dan tidak patuh dalam menjalankan diet hipertensi sebesar 8 orang atau 50%. Responden yang mendapatkan dukungan keluarga kurang mayoritas tidak patuh dengan jumlah 41 orang atau 80,4% .

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chis-square* didapatkan bahwa nilai $\rho_{hitung} = 0,025 < \alpha = 0,05$ maka hipotesa diterima. Hal ini menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet hipertensi di desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai. Diperoleh juga nilai OR sebesar 4,1 yang artinya responden yang mendapatkan dukungan keluarga kurang mempunyai kemungkinan 4,1 kali untuk tidak patuh menjalankan diet hipertensi.

c. Hubungan Status Ekonomi dengan Kepatuhan Diet Hipertensi

Tabel 5.8

Hubungan antara Status Ekonomi dengan Kepatuhan Diet Hipertensi di Desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai Tahun 2012

Status Ekonomi	Kepatuhan				Total		ρ	OR
	Patuh		Tidak Patuh					
	N	%	N	%	N	%		
Tinggi	6	60	4	49	16	100	0,018	5,625
Rendah	12	21,1	45	78,9	51	100		
Total	18	26,9	49	73,1	67	100		

Sumber : Data Primer

Tabel 5.5 menunjukkan responden dengan status ekonomi tinggi sebagian patuh menjalankan diet dengan jumlah 6 orang atau 60%. Responden dengan status ekonomi rendah mayoritas tidak patuh dengan jumlah 45 orang atau 78,9%.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chis-square* didapatkan bahwa nilai $\rho_{hitung} = 0,018 < \alpha = 0,05$ maka hipotesa diterima. Hal ini menunjukkan ada hubungan antara status ekonomi dengan kepatuhan diet hipertensi di desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai. Diperoleh juga nilai OR sebesar 5,625 yang artinya responden yang berada tingkat status ekonomi rendah kemungkinan 5,625 kali untuk tidak patuh menjalankan diet hipertensi.

B. Pembahasan

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chisquare* ditemukan tidak ada hubungan antara pelayanan kesehatan dengan kepatuhan diet hipertensi dimana $\rho_{hitung} = 0,693$ dengan $\rho_{tabel} \leq 0,05$. Peneliti berasumsi bahwa kualitas pelayanan kesehatan di Pustu Desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai yang diberikan petugas kepada penderita hipertensi sudah cukup baik. Akan tetapi, hal ini tidak dapat menjamin berubahnya kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan diet hipertensi. Pelayanan kesehatan yang baik tidak berpengaruh terhadap kepatuhan seseorang kemungkinan ada faktor penentu kepatuhan lain yang menyebabkan sehingga mereka tidak patuh. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Fahruda (1999) dalam Erny dkk (2009) bahwa sikap petugas sebagai pemberi pelayanan kesehatan tidak mempengaruhi kepatuhan dalam melaksanakan pengobatan, meskipun dalam teori Soeharto (2000) menjelaskan fasilitas kesehatan merupakan prasarana dalam hal ini pelayanan kesehatan akan mempengaruhi taraf kesehatan. Fasilitas yang baik akan mempengaruhi kesehatan, hal ini terbukti seseorang yang memanfaatkan fasilitas kesehatan secara baik akan mempunyai taraf kesehatan yang lebih baik. Hal ini akan membuat individu merasa bertanggungjawab terhadap kesehatannya.

Niven (2002) menjelaskan kualitas interaksi antara profesional kesehatan dengan pasien merupakan bagian penting dalam menentukan derajat kepatuhan. Orang-orang yang merasa menerima perhatian dari

seseorang atau kelompok biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis daripada pasien yang merasa kurang mendapat dukungan sosial. Teori ini diperkuat oleh hasil penelitian Kamaluddin (2009) tentang keterlibatan tenaga kesehatan pada penderita yang patuh dan penderita yang tidak patuh diperoleh hasil ada pengaruh antara keterlibatan tenaga kesehatan dengan kepatuhan pasien dalam mengurangi asupan cairan dimana diperoleh nilai $\rho = 0,000$ dimana nilai tersebut lebih kecil dari 0,05.

Pada hasil penelitian, didapatkan bahwa responden mengatakan kehandalan (*reliability*) pelayanan kesehatan baik sejumlah 63 orang atau 94 % dan yang kurang sejumlah 4 orang atau 6 %. Menurut Parasuraman dalam Praptiwi (2009) *reliability* adalah kehandalan institusi dalam memberikan pelayanan kepada pelanggannya. Sementara itu, daya tanggap (*responsiveness*) petugas pelayanan baik sejumlah 62 atau 92,5% dan kurang sejumlah 5 orang atau 7,5%. Menurut Parasuraman dalam Praptiwi (2009) *responsiveness* adalah kecepatan atau ketanggapan pemberian layanan.

Selanjutnya jaminan kepastian (*assurance*) petugas pelayanan baik sejumlah 58 orang atau 86,6% dan yang kurang sejumlah 9 orang atau 13,4%. Menurut Parasuraman dalam Praptiwi (2009) *assurance* adalah kemampuan institusi untuk meyakinkan pelanggan bahwa layanan yang diberikan dapat dipercaya atau terjamin. Sedangkan fasilitas fisik (*tangible*) pelayanan baik sejumlah 59 atau 88,1% dan kurang sejumlah 8

orang atau 11,9%. Menurut Parasuraman dalam Praptiwi *tangible* adalah penilaian pelanggan terhadap apa-apa yang bisa dilihatnya yang berupa fasilitas fisik. Dan empati petugas pelayanan baik sejumlah 67 orang atau 100%. Menurut Parasuraman dalam Praptiwi (2009) *empathy* adalah kesediaan petugas untuk memberikan perhatian secara pribadi kepada pelanggan/klien.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden mendapatkan pelayanan baik sejumlah 43 orang atau 74,1% tidak patuh dalam menjalankan diet hipertensi. Peneliti berasumsi bahwa ketidakpatuhan penderita disebabkan oleh faktor lain, salah satunya adalah pengetahuan.

Asumsi ini didukung oleh penelitian Erni dkk (2009), dari hasil penelitian diperoleh nilai korelasi parsial sebesar $-0,099$ dengan $\rho = 0,0227$ karena $\rho < 0,05$ ini mengindikasikan bahwa tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara pelayanan kesehatan dengan ketidakpatuhan berobat pada penderita TB paru, dengan demikian ada faktor lain yang mempengaruhi ketidakpatuhan penderita diantaranya pendidikan, pengetahuan dan pendapatan keluarga.

Penyebab responden sehingga tidak patuh dalam menjalankan diet kemungkinan disebabkan oleh faktor pendidikan. Semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka semakin tidak patuh penderita dalam menjalankan diet karena rendahnya pendidikan seseorang sangat mempengaruhi daya serap seseorang dalam menerima informasi sehingga

dapat mempengaruhi tingkat pemahamannya tentang diet hipertensi. Pada karakteristik responden ditemukan mayoritas responden tidak pernah sekolah sebesar 40 orang atau 59,7%.

Azhar (2000) menjelaskan bahwa tingkat pendidikan akan mempengaruhi pola berpikir seseorang dalam pengambilan keputusan mengenai kesehatan dirinya. Orang yang berpendidikan tinggi akan lebih cepat menerima penjelasan dari petugas kesehatan. Tingkat pendidikan merupakan unsur penting bagi sumber pengetahuan seseorang, maka makin besar pula tingkat kepatuhannya dalam melakukan program pengobatannya terhadap penyakitnya. Teori ini diperkuat oleh penelitian Erni (2009) dimana diperoleh nilai koefisien korelasi parsial 0,200 dengan $\rho = 0,007$ karena $\rho < 0,05$ hasil tersebut menunjukkan ada pengaruh yang signifikan antara pendidikan dan ketidakpatuhan penderita TB paru. Dimana kepatuhan penduduk yang memiliki tingkat pendidikan SMA sebanyak 10 orang (47,6%), dibandingkan dengan penduduk dengan tingkat pendidikan tidak tamat SD sebanyak 8 orang (31,8%).

Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan. Pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat. Semakin tinggi pendidikan seseorang akan mudah memperoleh akses informasi tentang sesuatu hal (Suliha,2000).

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan sehingga responden tidak patuh. Pengetahuan menurut

Notoatmodjo (2003) merupakan hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Jadi pengetahuan ini diperoleh dari aktifitas pancaindra yaitu penglihatan, penciuman, peraba dan indra perasa, sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Menurut Suriasumantri (2000) pengetahuan merupakan segenap apa yang kita ketahui tentang suatu obyek tertentu.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Nursalam, 2011), karena tingkat pengetahuan sangat berkaitan dengan tingkat pendidikan. Peneliti berasumsi pengetahuan responden masih kurang dilihat dari tingkat pendidikan responden yang mayoritas tidak pernah sekolah. Pengetahuan mempengaruhi kepatuhan responden dalam menjalankan diet hipertensi. Asumsi ini diperkuat oleh penelitian Octrina (2012) yang hasilnya ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan tingkat kepatuhan minum obat pasien skizofrenia dengan nilai $\rho = 0,343$ dan nilai $p=0,033$ untuk hubungan pengetahuan dengan kepatuhan. Dimana 56,4% responden memiliki pengetahuan yang baik mengenai pengobatan pasien skizofrenia, 43,5% responden memiliki pengetahuan sedang mengenai pengobatan pasien skizofrenia, 84,6% responden patuh dalam menjalankan pengobatan dan sebanyak 15,4% tidak patuh dalam pengobatan.

Sementara itu menurut penelitian penelitian BPOM RI (2006) faktor umur dan jenis kelamin dapat mempengaruhi kepatuhan seseorang dalam menjalankan terapi diet.

Umur merupakan salah satu faktor yang penting pada proses terjadinya penyakit. Sebagian penyakit timbul secara eksklusif pada satu kelompok usia tertentu saja (Azhar,2000). Hasil penelitian pada karakteristik responden menunjukkan responden berumur 25 sampai 44 tahun sejumlah 11 orang, 45 sampai 64 tahun sejumlah 30 orang, 65 sampai 84 tahun sejumlah 26 orang. Peneliti berasumsi bahwa umur tidak mempengaruhi kepatuhan karena responden terdiri dari berbagai kelompok umur, tidak hanya pada kelompok umur tertentu saja. Asumsi peneliti didukung oleh penelitian Kamaluddin (2009) diperoleh hasil tidak ada pengaruh antara usia pasien dengan kepatuhan dalam mengurangi asupan cairan dimana $p=0,100$

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kepatuhan. Sebagian penyakit sering dijumpai pada kaum pria dan sebagiannya lagi pada kaum wanita. Akan tetapi pria dan wanita memiliki perbedaan dalam banyak hal, antara lain : hubungan sosial, pengaruh lingkungannya, kebiasaan hidup dan segi-segi lainnya dalam kehidupan sehari-hari. Wanita lebih taat atau patuh daripada pria dalam hal menjalani terapi atau pengobatan dari penyakit yang dideritanya (Azhar,2000).

Teori di atas tidak sejalan dengan hasil penelitian pada karakteristik responden, dimana mayoritas responden berjenis kelamin

perempuan sejumlah 57 orang atau 85,1%. Peneliti berasumsi bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan kepatuhan karena dalam penelitian ini yang menjadi responden mayoritas perempuan sehingga sulit untuk membandingkan antara kepatuhan laki-laki dan perempuan. Pada penelitian Erni (2009) diperoleh hasil tidak ada pengaruh yang signifikan antara jenis kelamin dan ketidakpatuhan berobat. Dimana nilai koefisien korelasi parsial sebanyak 1,000 dengan $p=0,323$ karena $p > 0,05$ sehingga dikatakan tidak ada pengaruh.

Dukungan keluarga salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan penderita hipertensi. Hasil penelitian ditemukan nilai $\rho = 0,038$ dimana nilai $\rho = \leq 0,05$, ini mengindikasikan adanya hubungan yang bermakna antara hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet hipertensi masyarakat desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai. Dukungan keluarga yang kurang menyebabkan penderita tidak patuh dalam menjalankan diet hipertensi meskipun responden mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik. Hasil penelitian ini, juga diperkuat oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Kamaluddin (2009), dimana diperoleh nilai $\rho = 0,000$ lebih kecil dari 0,05. Dimana kepatuhan responden berdasarkan dukungan keluarga sebanyak 32 orang (91,4 %). Hasil penelitian tersebut mengindikasikan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan asupan cairan pada penderita gagal ginjal kronik. Penelitian ini juga diperkuat oleh pendapat Niven (2002), dimana keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif

dan secara bersama-sama merawat anggota keluarganya yang sakit karena keluarga merupakan unit terkecil masyarakat yang paling dekat hubungannya dengan penderita.

Teori Friedman (1998) mengemukakan bahwa keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Sebagaimana Allah Swt telah berfirman dalam Al-Qur'an surah Al Maaidah(5):2

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا لَا تَحِلُّوا شَعِيرَ اللَّهِ وَلَا الشَّهْرَ الْحَرَامَ وَلَا الْهَدْيَ وَلَا الْقَلَائِدَ
وَلَا ءَامِينَ الْبَيْتِ الْحَرَامَ يَبْتَغُونَ فَضْلًا مِّن رَّبِّهِمْ وَرِضْوَانًا وَإِذَا حَلَلْتُمْ فَاصْطَادُوا
وَلَا تَجْرِمَنكُمْ شَنَاٰنُ قَوْمٍ أَن صَدُّوكُمْ عَنِ الْمَسْجِدِ الْحَرَامِ أَن تَعْتَدُوا
وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ ۖ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ ۚ وَاتَّقُوا اللَّهَ ۖ
إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ

Terjemahnya : M A K A S S A R

Hai orang-orang yang beriman, janganlah kamu melanggar syi'ar-syi'ar Allah, dan jangan melanggar kehormatan bulan-bulan haram, jangan (mengganggu) binatang-binatang had-ya, dan binatang-binatang qalaa-id, dan jangan (pula) mengganggu orang-orang yang mengunjungi Baitullah sedang mereka mencari kurnia dan keredhaan dari Tuhannya dan apabila kamu telah menyelesaikan ibadah haji, Maka bolehlah berburu. dan janganlah sekali-kali kebencian(mu) kepada sesuatu kaum karena mereka menghalang-halangi kamu dari Masjidilharam, mendorongmu berbuat aniaya (kepada mereka). dan tolong-menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebajikan dan takwa, dan jangan tolong-menolong dalam berbuat dosa dan pelanggaran. dan bertakwalah kamu kepada Allah, Sesungguhnya Allah Amat berat siksa-Nya (Depag RI).

Allah menyeru orang-orang beriman: hai orang-orang beriman janganlah kamu melanggar syiar-syiar Allah dalam ibadah haji dan umrah bahkan semua ajaran agama, dan jangan melanggar kehormatan bulan-bulan haram, yakni Dzul Qai'dah, Dzul Hijjah, Muharram, dan rajab. Jangan mengganggu binatang *al-badya*. Yakni binatang yang akan disembeli di Mekkah dan sekitarnya, dan yang dijadikan sebagai persembahan kepada Allah. Demikian juga jangan mengganggu *al-qala'id* yaitu binatang-binatang yang ada kalung dilehernya sebagai tanda bahwa ia adalah persembahan yang sangat istimewa. Dan jangan juga mengganggu para pengunjung baitullah, yakni siapa pun yang ingin melaksanakan ibadah haji atau umrah sedang mereka melakukan hal tersebut dalam keadaan mencari dengan sungguh-sungguh. Karunia keuntungan duniawi dan keridahan ganjaran ukharawi dari tuhan mereka.

Apabila kamu telah bertahalul menyelesaikan ibadahb ritual haji atau umrah, atau karena dan lain sebab sehingga kamu tidak menyelesaikan ibadah kamu, misalnya karena sakit atau terkepung musuh maka berburulah jika kamu mau.

Dan jangan sekali-kali kebencian yang telah mencapai puncaknya sekalipun kepada satu kaum karena mereka menghalang-halangi kamu dari mesjid Al-Haram, mendorong kamu berbuat aniaya kepada mereka atau selain mereka. Dan tolong menolonglah kamu dalam mengerjakan kebajikan, yakni segala bentuk dan macam hal yang membawa kepada kemaslahatan duniaawi dan atau ukhrawi. Dan demikian juga tolong

menolonglah dalam ketakwaan, yakni segala upaya yang dapat menghindarkan bencana duniawi atau ukhrawi, walaupun dengan orang-orang yang tidak seiman dengan kamu. Dan janganlah tolong menolong dalam berbuat dosa dan pelanggaran. Dan bertaqwalah kamu kepada Allah, sesungguhnya Allah amat berat siksa-Nya.

Firman-Nya: dan tolong-menolonglah kamu dalam kebijakan dan ketakwaan, jangan tolong menolong dalam dosa dan pelanggaran. Ini merupakan prinsip dasar dalam menjalin kerja sama dengan siapa pun selama tujuannya adalah kebijakan dan ketakwaan.

Ayat ini berkaitan dengan penelitian tentang dukungan keluarga, dimana sebagai keluarga kita harus saling tolong menolong. Keluarga memberi pertolongan kepada penderita dengan cara menyiapkan makanan khusus untuk penderita yang sesuai dengan diet hipertensi (Al-Mishbah, 2002) .

Peneliti berasumsi bahwa keluarga sebagai pengawas dan pemberi semangat kepada penderita mempunyai peran yang sangat besar dalam proses kesembuhan seseorang. Mengingatkan penderita agar senantiasa mendekatkan diri kepada Allah SWT dengan melaksanakan segala perintah-Nya dan menjauhi larangan-Nya. Asumsi ini diperkuat oleh penelitian Isa (2011), bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien minum obat dengan nilai $r=0,566$ dan $p=0,01$. Dimana responden yang memberikan dukungan keluarga berada pada tingkatan yang baik 65,6%, 12,5% cukup dan 21,9%

kurang. Sementara itu 62,5% pasien gangguan jiwa patuh meminum obat dan 37,5% tidak patuh meminum obat. Semakin tinggi dukungan keluarga dalam pengawasan minum obat maka kepatuhan pasien dalam minum obat juga semakin tinggi.

Dalam penelitian ini, didapatkan dukungan keluarga yang kurang dan tidak patuh dalam menjalankan diet hipertensi sebesar 41 orang atau 80,4%. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang kurang mempengaruhi ketidakpatuhan penderita dalam menjalankan diet hipertensi. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Agus dkk (2006), yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan *follow up* penderita pneumonia balita dengan nilai hasil uji *chisquare* $0,285 > 0,05$ maka H_0 diterima. Meskipun dalam teori Tambayong (2002) menjelaskan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan penderita dalam pengobatan oleh penelitian Utami (2011) pengaruh dukungan keluarga terhadap kepatuhan dalam pembatasan diet dan asupan cairan diperoleh angka X^2 hitung=6,013 dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$) dengan $df=1$. Sehingga dinyatakan ada pengaruh dukungan keluarga terhadap kepatuhan dalam pembatasan diet dan asupan cairan.

Dukungan keluarga sangat mempengaruhi kepatuhan penderita dalam menjalankan diet hipertensi. Semakin tinggi dukungan keluarga yang didapatkan maka penderita akan semakin patuh dan sebaliknya semakin rendah dukungan keluarga yang didapatkan maka tingkat

kepatuhan akan semakin kurang. Asumsi ini didukung oleh penelitian Marlina (2010) bahwa tingkat dukungan keluarga dapat mempengaruhi upaya pengontrolan hipertensi. Semakin tinggi tingkat dukungan keluarga maka semakin baik upaya pengontrolan hipertensi, begitupun sebaliknya semakin rendah dukungan keluarga maka semakin kurang upaya pengontrolan hipertensi.

Teori Friedman (1998) juga menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan yaitu : dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan penghargaan, dan dukungan instrumental. Dari hasil penelitian yang dilakukan di Desa Lasiai, Kecamatan Sinjai Timur, Kabupaten Sinjai menunjukkan bahwa responden yang mendapatkan dukungan emosional baik sejumlah 21 orang atau 31,3% dan kurang sejumlah 46 orang atau 68,7%. Dalam teori Friedman (1998) menjelaskan bahwa dukungan emosional adalah dukungan yang diwujudkan dalam bentuk kelekatan, kepedulian, dan ungkapan simpati sehingga timbul keyakinan bahwa individu yang bersangkutan diperhatikan. Teori diatas didukung oleh penelitian Nurrohman (2012), dimana pada dukungan emosional diperoleh nilai $p = 0,000$ dimana responden yang patuh dan mendapat dukungan keluarga sebanyak 17 orang (89 %) sedangkan responden yang patuh dan tidak mendapat dukungan keluarga sebanyak 1 orang (7 %)

Dukungan instrumental baik sejumlah 17 orang atau 25,4% dan kurang sejumlah 50 orang atau 74,6%. Pada teori Friedman (1998),

dijelaskan bahwa dukungan instrumental adalah sumber pertolongan praktis dan kongkrit, diantaranya dapat berwujud barang, pelayanan dukungan, keuangan dan menyediakan peralatan yang dibutuhkan. Memberi bantuan dan melaksanakan aktivitas, memberi peluang waktu, serta modifikasi lingkungan. Teori tersebut, didukung oleh penelitian Nurrohman (2012) dimana untuk dukungan instrumental diperoleh nilai $p = 0,003$ dimana responden yang patuh dan mendapat dukungan keluarga sebanyak 16 orang (73 %), sedangkan responden yang patuh namun tidak mendapat dukungan keluarga sebanyak 2 orang (18 %).

Dukungan penghargaan baik sejumlah 21 orang atau 31,3% % dan kurang sejumlah 46 orang atau 68,7%. Dalam teori Friedman (1998), dijelaskan bahwa dukungan penghargaan adalah dukungan yang berwujud pemberian penghargaan atau pemberian penilaian yang mendukung perilaku atau gagasan individu dalam bekerja maupun peran sosial yang meliputi pemberian umpan balik, informasi atau penguatan. Teori tersebut, didukung oleh hasil penelitian Nurrohman (2012), dimana pada dukungan penghargaan diperoleh nilai $p = 0,000$ dimana responden yang patuh dan mendapat dukungan keluarga sebanyak 16 orang (80%), sedangkan responden yang patuh dan tidak mendapat dukungan keluarga sebanyak 2 orang (15%).

Dan pada dukungan informasi baik sejumlah 22 orang atau 32,8% dan kurang sejumlah 45 orang atau 67,2%. Dalam teori Friedman (1998) dijelaskan bahwa dukungan informasi adalah dukungan yang berfungsi

pemberi informasi tentang pengetahuan proses belajar, diantaranya mengenai cara belajar yang efektif, motivasi belajar, pelajaran sekolah. Dimana aspek-aspek dukungan ini berupa nasehat, usulan saran, petunjuk dan pemberi informasi teori di atas, dipertegas oleh penelitian Nurrohman (2012), dimana untuk dukungan informasi diperoleh nilai $\rho = 0,009$ dimana responden yang patuh dan mendapat dukungan keluarga sebanyak 13 orang (76 %), sedangkan responden yang patuh dan tidak mendapat dukungan keluarga sebanyak 5 orang (31 %).

Dari keempat dukungan yang diberikan oleh keluarga terhadap penderita hipertensi dalam menjalankan diet hipertensi, didapatkan bahwa mayoritas responden mendapatkan dukungan instrumental yang kurang bila dibandingkan dengan dukungan keluarga yang lain seperti dukungan emosional, dukungan penghargaan dan dukungan informasi. Hal ini dikarenakan keluarga tidak menyiapkan makanan yang sesuai dengan diet untuk penderita hipertensi. Asumsi ini di didukung oleh teori Perry dan Potter (2005) keluarga secara kuat mempengaruhi perilaku sehat dari setiap anggotanya, begitu juga status kesehatan dari setiap individu mempengaruhi bagaimana fungsi unit keluarga dan kemampuannya untuk mencapai tujuan. Pada saat kepuasan keluarga terpenuhi tujuannya melalui fungsi yang adekuat, anggota keluarga tersebut cenderung untuk merasa positif mengenai diri mereka sendiri dan keluarga mereka. Sebaliknya, pada saat keluarga tidak mampu mencapai tujuan, keluarga memandang diri mereka sendiri tidak efektif.

Penghasilan salah satu faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan diet hipertensi. Hasil penelitian ditemukan nilai $\rho_{hitung} = 0,010$ dimana $\rho_{tabel} \leq 0,05$ ini mengindikasikan ada hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan kepatuhan diet hipertensi, dari 49 orang responden yang tidak patuh terdapat 45 orang diantaranya dengan status ekonomi rendah. Penghasilan responden yang kurang menyebabkan responden yang kurang menyebabkan responden tidak patuh dalam menjalankan diet karena tidak dapat membeli makanan yang sesuai dengan aturan diet. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Erni (2009) yang menjelaskan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kepatuhan penderita dengan pendapatan keluarga, dimana pendapatan keluarga yang sangat rendah dapat menentukan ketidakpatuhan penderita dengan nilai $p=0,001$ ($p<0,05$).

Penelitian ini didukung oleh teori Kartono (2006) bahwa Faktor ekonomi berkaitan erat dengan konsumsi makanan atau dalam penyajian makanan keluarga. Kebanyakan penduduk dapat dikatakan masih kurang mencukupi kebutuhan dirinya masing-masing. Keadaan umum ini dikarenakan rendahnya pendapatan yang mereka peroleh dan banyaknya anggota keluarga yang harus diberi makan dengan jumlah pendapatan rendah. Status ekonomi adalah kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan per bulan. Status ekonomi dapat dilihat dari pendapatan yang disesuaikan dengan harga barang pokok. Teori ini didukung dengan penelitian Purwaningsih (2006) diperoleh hasil

ada hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan kepatuhan ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan. Dimana responden yang mempunyai pendapatan tinggi sejumlah 17 orang atau 56,7%, kepatuhan melakukan pemeriksaan yang baik sejumlah 14 orang atau 77,8% dan 3 orang atau 25% mempunyai kepatuhan melakukan pemeriksaan tidak baik.

Allah Swt telah berfirman dalam Al-Qur'an surah Al Kautsar (108):1:

إِنَّا أَعْطَيْنَاكَ الْكَوْثَرَ

Terjemahnya:

Sesungguhnya Kami telah memberikan kepadamu nikmat yang banyak (Depag RI).

Surah ini memuji Nabi saw yang mencapai puncak akhlak yang mulia sambil menjanjikan buat beliau aneka anugrah. Ayat diatas menyatakan bahwa: sesungguhnya kami secara langsung dan melalui siapa yang Kami tugasi telah dan pasti akan menganugrahkanmu, wahai Nabi Muhammad, baik dalam kedudukannya sebagai Nabi maupun pribadi, *al-kautsar*, yakni kebajikan yang banyak (Al Mishbah, 2002).

Berdasarkan ayat di atas Allah Swt telah menganugrahkan nikmat yang banyak kepada setiap manusia. Sehingga Allah menyerukan kepada setiap manusia untuk senantiasa bersyukur dengan mendirikan shalat dan bersyukur dengan penuh keikhlasan.

Manusia dianjurkan untuk senantiasa mensyukuri nikmat Allah. Sedikit atau banyak penghasilan yang kita peroleh kita harus bersyukur. Meskipun kita berpenghasilan rendah kita tetap menjaga kesehatan dengan mengkonsumsi makanan sesuai dengan aturan diet.

Pada penelitian ini responden dengan status ekonomi rendah dan tidak patuh sebesar 45 orang atau 78,9%. Status ekonomi rendah dipengaruhi oleh jenis pekerjaan. Pada karakteristik responden menunjukkan mayoritas responden tidak bekerja. Status pekerjaan responden mempengaruhi kepatuhan penderita dalam menjalankan diet hipertensi karena status pekerjaan akan mempengaruhi status ekonomi seseorang. Asumsi ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Agus,dkk (2006) bahwa hasil tersebut dapat disimpulkan tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan kepatuhan *follow up* penderita pnemonia balita meskipun dalam teori Notoatmodjo dan Wuryaningsih (2000) bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kepatuhan atau ketidakpatuhan dalam bidang kesehatan adalah pekerjaan.

BAB VI

PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Tidak ada hubungan yang signifikan antara pelayanan kesehatan dengan kepatuhan diet hipertensi masyarakat Desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai dimana $\rho_{hitung} = 0,638$ dengan $\rho_{tabel} \leq 0,05$.
2. Ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet hipertensi masyarakat desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai dimana $\rho_{hitung} = 0,017$ dengan nilai $\rho_{tabel} = \leq 0,05$,
3. Ada hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan kepatuhan diet hipertensi masyarakat Desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai dimana $\rho_{hitung} = 0,010$ dengan $\rho_{tabel} \leq 0,05$.
4. Pengaturan pola makan untuk penderita hipertensi sesuai dengan pengaturan pola makan yang dianjurkan oleh agama islam yakni makan dan minum tidak berlebih-lebihan karena sesungguhnya Allah SWT tidak menyukai orang yang berlebih-lebihan. Makan dan minum yang berlebih-lebihan dapat juga menimbulkan penyakit.

B. SARAN

1. Bagi pasien

Disarankan kepada penderita hipertensi hendaknya selalu mematuhi diet yang disarankan dengan tidak mengonsumsi makanan yang banyak mengandung garam (natrium), lemak, minuman beralkohol karena dapat merangsang peningkatan tekanan darah. Penderita hipertensi hendaknya memadukan antara aturan makan dan aturan shalat yang terdiri shalat lima waktu dan dua shalat sunnat yaitu shalat duha dan shalat tahajjud. Penderita dianjurkan agar senantiasa mendekatkan diri kepada Allah SWT dengan memperbanyak ibadah.

2. Bagi keluarga dan masyarakat

Pada keluarga dan masyarakat agar melakukan pengawasan khusus dalam penatalaksanaan diet penderita hipertensi dan ikut serta dalam menyiapkan makanan dan minuman yang sesuai dengan diet hipertensi.

3. Kepada petugas kesehatan

Pelayanan yang diberikan sudah cukup baik namun masih banyak pasien yang tidak patuh. Saran untuk petugas Puskesmas Pembantu Desa Lasiai dalam rangka meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalankan diet hipertensi agar memberikan konseling khusus pada penderita hipertensi serta membentuk kelompok "*Self Help Group*" khusus penderita hipertensi dan memberikan asuhan keperawatan komunitas. Peran perawat sebagai perawat komunitas agar tidak hanya berperan sebagai

perawat kuratif, tetapi juga berperan sebagai perawat promotif, preventif dan rehabilitatif,

4. Bagi peneliti

Penelitian ini hendaknya bisa di tindak lanjuti dengan menekankan aspek kepatuhan terhadap diet hipertensi dengan menggunakan metode observasi dengan rancangan penelitian *Kohort Prospektif* dengan meneliti variabel yang belum diteliti seperti pengetahuan dan lingkungan.



DAFTAR PUSTAKA

Al Qur'an dan terjemahan

Quraish.2002.*Tafsir Al-Mishbah Pesan, Kesan, dan Keserasian Al-Qur'an*.Jakarta:Lentera Hati

Agus dkk.2006.*Faktor-faktor Ibu Balita yang Berhubungan dengan Kepatuhan Follow up Penderita Pneumonia Balita di PKM Cisaga Ciamis Jawa Barat*. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia Vol. 1

Azhar, Z. 2000. *Epidemiologi Tuberculosis*. Banjarmasin : Pusat Study Tuberculosis FK UNLAM/RSUD ULIN.

American Heart Association.2010.*Heart Disease & Stroke Statistic 2010 update*.Dallas:Texas

Badan POM RI,2006.*Kepatuhan Pasien; Faktor Penting dalam Keberhasilan Terapi*.<http://perpustakaan.pom.go.id/koleksiLainnya/InfoPOM/0506.pdf>.

BPS, 2011. *Upah Minimum Daerah*.Kabupaten Sinjai

Brunner,Suddarth.2002.*Keperawatan Medikal Bedah* Edisi 8.Jakarta:EGC.

Danang.2008.*Hubungan antara Status Sosial ekonomi dengan Infeksi Soil Transmitted Helminth di SDN 03 Kecamatan Pringapus Kabupaten Semarang*:FK Universitas Diponegoro
<http://eprints.undip.ac.id/24535/1/Danang.pdf>

Depkes RI,2006. *Profil Kesehatan Indonesia 2005*.Jakarta

Doenges,Marilynn,E.2000.*Rencana Asuhan Keperawatan*.Edisi 3.Jakarta:EGC.

Erni,Purwanta,Heru.2009.*Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan Berobat pada Penderita Tuberkulosis Paru*.Yogyakarta:FK UGM

Friedman.1998. *Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktik*. Jakarta : EGC.

Hidayat,A.Aziz Alimul.2011.*Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*.Jakarta:Salemba Medika.

Huon,Keith,John,Iain.2003.*Kardiologi*.Edisi 4.Jakarta:Erlangga.

- Hutabarat.2008.*Pengaruh Faktor Internal dan Eksrenal terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita Kusta Di Kabupaten Asahan*. Tesis Pasca Sarjana Universitas Sumatra Utara.
- Isa.2011.*Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pasien Minum Obat di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara Medan*.
- Juanita, 2002. *Peran Asuransi Kesehatan dalam Benchmarking Rumah Sakit dalam Menghadapi Krisis Ekonomi*. Jurnal kesehatan Universitas Sumatera Utara.
- Kamaluddin.2009.*Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Asupan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisis di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto*. Jurnal Keperawatan Soedirman
- Kartono. 2006. *Perilaku Manusia*. ISBN. Jakarta.
- L.Gunawan.2001.*Hipertensi*.Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Lowrence.2002.*Diagnosis dan Terapi Kedokteran*.Edisi 1.Jakarta:Salemba Medika.
- Mansjoer Arif.2001.*Kapita Selekta Kedokteran*.Jakarta:Media Aesculapius,FKUI.
- Mardiana,R.2010.*Mencegah Penyakit Kronis Sejak Dini*.Yogyakarta:Tora Book.
- Mardjono, Mahar.2007.*Farmakologi dan Terapi* Edisi 5.Jakarta:FKUI.
- Marlina.2010.*Dukungan Keluarga terhadap Pengontrolan Hipertensi pada Anggota Keluarga yang Lansia di Gempong Benteng Kecamatan Kota Sigli nangroe Aceh Darussalam*. Jurnal Keperawatan dan Kebidanan
- Niven,N.2002.*Psikologi Kesehatan Pengantar untuk Perawat dan Profesional Kesehatan Lain*.Jakarta:EGC.
- Notoatmodjo, S.2002.*Metode Penelitian Kesehatan*.Jakarta:Rineka Cipta.
- Notoatmodjo.2003.*Pendidikan dan Prilaku Kesehatan*.Jakarta:Rineka Cipta
- Notoatmodjo.2005.*Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*.Jakarta:Rineka Cipta
- Notoatmodjo dan Wuryaningsih.2000.*Pendidikan Kesehatan, Teori dan Aplikasi*. Jakarta:FKM UI
- Nurrohman.2012.*Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Ibu Post Partum dalam Pemeriksaan Post Partum Di Desa Kartasura Kecamatan Kartasura*. Skripsi Universitas Muhammadiyah Surakarta

- Nursalam.2008.*Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*.Jakarta:Salemba Medika.
- Nursalam.2011.*Manajemen Keperawatan, Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*.Edisi 3.Jakarta:Salemba Medika
- Octrina.2012.*Hubungan Pengetahuan Keluarga dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa daerah Provinsi Sumatera Utara Medan*. Skripsi Univesitas Sumatera Utara
- Perry & Potter.2005.*Fundamental Keperawatan Volume I*.Jakarta:EGC
- Praptiwi.2009.*Pengelolaan Kepuasan Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan*.
http://pustaka.unpad.ac.id/wp_content/uploads/2010/07/pengelolaan_kepuasan_pelanggan.pdf (diakses 6 juli 2012)
- Puspitasari.2009.*Hubungan Status Ekonomi dengan Kepatuhan Ibu Hamil Melakukan Pemeriksaan Kehamilan di Bidan Praktek Swasta Yossi Trihana Joton Jognalan Klaten*. Skripsi STIKES Muhammadiyah Klaten
- Rahajeng,Tuminah.2009.*Prevalensi Hipertensi dan Determinannya di Indonesia*. Majalah Kedokteran Indonesia Vol.59
- Ridwan, M.2009. *Mengenal, Mencegah, Mengatasi Silent killer hipertensi*.Semarang: Pustaka Widyamara
- Soeharto.2000.*Penyakit Jantung Koroner, Pencegahan Dan Penyembuhan*.Jakarta:PTGramedia Pustaka Utama.
- Soeharto.2004.*Serangan Jantung dan Stroke Hubungannya dengan Lemak dan Kolesterol*.Edisi kedua.Jakarta:PT Gramedia Pustaka Utama. [http repository.usu.ac.id/handle/123456789/14690://](http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/14690://)
- Sudoyo,dkk.2006.*Ilmu Penyakit Dalam*.Jakarta:FKUI.
- Sukandar,dkk.2009.*Iso Farmakoterapi*.Jakarta:ISFI.
- Suliha.2002.*Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*.Jakarta:EGC
- Suriasumantri.2000.*Filsafat Ilmu Sebuah Pengantar Populer*.Jakarta:Pustaka Sinr Harapan
- Tambayong.2002.*Farmakologi untuk Keperawatan*.Jakarta:Widya Medika

Utami.2011.*Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan dalam Pembatasan Diet dan Asupan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa RSUP H. Adam Malik Medan Tahun 2010.*

Vivi dan Dera.2010.*Pengaruh Pendidikan Kesehatan Persiapan Pasien Pulang terhadap Kepuasan Pasien tentang Pelayanan Keperawatan di RS Romani Semarang. Jurnal Mahasiswa Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang. <http://jurnal.unimus.ac.id>*

Yurisa, Wella.2008.*Etika Penelitian Kesehatan.Riau:FKUR*



RIWAYAT HIDUP



Siti Rukmana, Lahir di Sinjai, tanggal 10 Agustus 1989.

Penulis adalah anak kedua dari empat bersaudara, buah cinta dari pasangan Djamaluddin dan Gustiani. Pendidikan formal penulis dimulai dari SD Negeri No. 27 Tondong, Kec. Sinjai Timur, Kab. Sinjai dan tamat pada tahun 2001. Kemudian dilanjutkan ke pendidikan SLTP Negeri 1 Sinjai Timur Kab. Sinjai dan tamat tahun 2004. Pada tahun 2004 penulis melanjutkan pendidikan di SMA Negeri 1 Sinjai Timur Kab. Sinjai dan tamat pada tahun 2007. Pada tahun 2008 penulis diterima sebagai mahasiswa pada Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar. Dan pada tahun 2012, akhirnya penulis menyelesaikan pendidikan dan mendapatkan gelar strata satu (sarjana) keperawatan dengan diterimanya skripsi yang berjudul “Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Penderita Hipertensi dalam Menjalankan Diet Hipertensi di Desa Lasiai Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjai”.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R